

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 28 Novembre 1907, à 1 heure

PAR

M. CHAUDRON

LES

FAUX GASTROPATHES

Président : M. DÉJERINE, *professeur*

Juges { MM. BRISSAUD, *professeur*
RECLUS, *professeur*
LECENE, *agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

BONVALOT-JOUVÉ

15, RUE RACINE, 15

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE
Professeurs	MM.
Anatomie.....	NICOLAS
Physiologie.....	CH. RICHET
Physique médicale.....	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.....	GAUTIER
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD
Pathologie médicale.....	DEJERINE
Pathologie chirurgicale.....	BRISSAUD
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE
Histologie.....	CORNIL
Opérations et appareils.....	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.....	QUENU
Thérapeutique.....	POUCHET
Hygiène.....	GILBERT
Médecine légale.....	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.....	GILBERT BALLET
	ROGER
Clinique médicale.....	HAYEM
	DIEULAFOY
	DEBOVE
	LANDOUZY
Maladies des enfants.....	HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.....	RAYMOND
Clinique chirurgicale.....	LE DENTU
	BERGER
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPRISONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....	ALBARRAN
Clinique d'accouchements.....	PINARD
	BAR
Clinique gynécologique.....	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.....	ALBERT ROBIN

Agrévés en exercice.

MM.

AUVRAY	CUNEO	LANGLOIS	NICLOUX
BALTHAZARD	DEMELIN	LAUNOIS	NOBECOURT
BRANCA	DESGREZ	LECENE	OMBREDANNE
BEZANÇON (FER.)	DUPRÉ	LEGRY	POTOCKI
BRINDEAU	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BROCA	GOSSET	LOEPER	RENON
BRUMPT	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
CARNOT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL, chef
CASTAIGNE	JEANSELME	MARION	des travaux anat.
CLAUDE	JOUSSET	MORESTIN	SICARD
COUVELAIRE	LABBE (MARCEL)	MULON	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'E o'e a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

LES FAUX GASTROPATHES

INTRODUCTION

Comme le dit de Blainville, « le système nerveux est le grand harmonisateur des fonctions de l'organisme » ; aussi son état d'excitation ou, au contraire, son état de dépression doivent-ils retentir sur les divers organes. Les faits cliniques montrent bien en effet le lien étroit qui unit le système nerveux au bon fonctionnement de tous les viscères.

C'est dans le service de notre maître, M. le professeur Déjerine, qu'il nous a été donné de vérifier la justesse de cette assertion de de Blainville ; c'est là que nous avons pu constater, en particulier, combien les organes digestifs étaient sous la dépendance de l'équilibre nerveux ; c'est à notre maître que nous devons l'idée de ce travail sur les faux gastropathes. Pendant notre année d'externat passée à la Salpêtrière, nous avons été à même de constater l'état

parfois effrayant de ces gastropathes traités par toutes les méthodes médicales, voire même chirurgicales, sans en tirer aucun bénéfice, sinon aucune aggravation, de ces gastropathes, disons-nous, dont la maladie tout entière venait d'une neurasthénie, ou, d'une façon plus générale, d'une dépression de leur système nerveux.

Nombreux, innombrables même sont ces faux gastropathes, et nous dirons même que tout neurasthénique devient fatalement un faux gastropathe, s'il n'est pas traité. Sans vouloir donner des chiffres précis, MM. Déjerine et Gauckler(1) pensent que sur 1.500 consultants annuels du mercredi à la Salpêtrière, il doit y avoir près de 200 fausses gastropathies.

Déjà nous avons pu voir cette relation étroite du système nerveux et de l'estomac, dans le service de M. Jacquet. Dans une toute autre manière d'envisager la question, notre maître, M. Jacquet, nous avait montré l'influence de l'état des organes en général, et de l'estomac particulièrement sur les nerfs sensitifs. C'est ainsi que la sensibilité cutanée d'une malade examinée avant et après une excitation portée sur la muqueuse gastrique, l'on constatait une différence très nette de cette sensibilité tant subjective qu'objective, et cela surtout dans la sphère des nerfs craniens.

Voici ce que nous trouvons à ce sujet dans la *Pra*

1. « Les faux gastropathes, leur diagnostic et leur traitement. »
Presse médicale, n^{os} des 25, 26, 28 et 31 mars 1906.

tique Dermatologique, article sensibilité, écrit par M. Jacquet. « Déjà Van Helmont, Bichat connaissaient les relations réciproques de la peau et du tube digestif. Broussais avec sa pénétration géniale nous montrait l'identité d'action de tous les excitants ; faisant la synthèse des puissances stimulantes : les corps extérieurs source d'excitation convergente, l'influence du cerveau sur les tissus, source d'excitation divergente et l'action des organes les uns sur les autres.

« On tendra ainsi sans peine à admettre la connexité de tous les troubles de la sensation en tous les tissus de l'organisme, l'étroite solidarité de toutes les réactions sensibles, les alternances entre la sensibilité des divers appareils, et l'on regardera comme vraisemblable qu'il n'existe pas une seule de ces réactions sans une perturbation de *l'équilibre sensitif général*.

« ... Comme la sensibilité n'étant qu'un des modes de l'irritabilité organique ; comme son étude est inséparable de celle de ces autres modes, c'est-à-dire de la biologie tout entière, force sera bien en définitive de conclure par cet aphorisme de l'antique sagesse : pour savoir une chose, il faudrait savoir toutes choses. »

Nous voyons donc que, si le système nerveux influence les organes, et cela d'une façon indéniable, leur souffrance semble bien à son tour réagir sur le système nerveux. Nous n'avons pas la prétention d'étudier cette influence réciproque dans son ensemble ;

nous voulons seulement étudier les relations pathologiques du système nerveux et de l'estomac.

Cette question comprendrait donc, d'après ce que nous avons dit précédemment, deux parties, l'action du système nerveux malade sur l'estomac sain, et, d'autre part, celle de l'estomac malade sur un système nerveux primitivement sain. Nous ne nous occuperons que de la première partie, non sans essayer de montrer que l'action réciproque de ces deux systèmes l'un sur l'autre entraîne une sorte de cercle vicieux, dont il semble bien difficile au premier abord de sortir le malade.

C'est par la psychothérapie que nous verrons guérir ces faux gastropathes, c'est par cette nouvelle méthode de traitement que nous assisterons à de véritables résurrections, qu'on nous pardonne le mot. Et ce ne sera pas là un des moindres chapitres de ce travail ; tous les traitements échouant, ou ne donnant que des résultats transitoires, il importe de montrer les bons effets de la psychothérapie.

HISTORIQUE

La notion des troubles mentaux liés aux troubles digestifs est fort ancienne, mais celle de l'influence de la mentalité sur le fonctionnement des organes de la digestion est plus récente. L'existence même d'une dyspepsie nerveuse n'est pas admise par tous les auteurs, et, pour ceux qui la nient, il n'y aurait donc pas lieu dans l'étude des maladies de l'estomac de faire une place à part aux troubles digestifs d'origine nerveuse. « C'est surtout dans ces dernières années que l'existence de la dyspepsie nerveuse a été battue en brèche ; l'emploi méthodique des procédés d'analyse du chimisme stomacal, joint à l'étude histologique de l'estomac chez les malades ayant succombé accidentellement au cours d'affections considérées et traitées comme dyspepsie nerveuse, a conduit quelques médecins à nier l'influence primitive du nervosisme ; pour eux, les troubles nerveux se développent secondairement chez les malades atteints de gastrite, sous l'influence de causes diverses, notamment du surmenage, d'intoxications médicamenteuses, l'hérédité nerveuse ajoutant à ces causes occasionnelles son influence prédisposante.

Les opinions des auteurs sur la question peuvent être ramenées à deux principales ; les uns ne voient dans les troubles nerveux associés aux troubles digestifs que des symptômes secondaires aux lésions de l'estomac ; pour les autres, au contraire, ce sont les troubles nerveux qui sont primitifs et qui, secondairement, provoquent les désordres digestifs. Ces deux opinions ont eu des partisans de tout temps.

Déjà Arétée prenant la partie pour le tout disait : « que le cardia est le promoteur de la gaieté ou de la tristesse ; placé comme exprès dans le voisinage du cœur, c'est lui qui domine le ton, le courage, l'abattement par l'influence qu'il exerce sur l'homme... »

Galien, qui a étudié attentivement la question des rapports du physique et du moral, a décrit les symptômes gastriques et psychiques de l'hypocondrie. — Nous passons les auteurs qui n'ont parlé qu'incidemment de la question.

Il faut arriver jusqu'à Broussais pour voir formuler nettement la subordination des troubles nerveux à la gastrite. Voici ce que nous trouvons à ce sujet (1) dans l'*Examen des doctrines médicales et des systèmes de nosologie* : « Il n'y a jamais de gastro-entérite sans un degré d'irritation cérébrale..... L'hypocondrie est l'effet d'une gastro-entérite qui agit avec énergie sur un cerveau prédisposé à l'irritation. La plu-

1. Broussais. *Examen des doctrines médicales et des systèmes de nosologie*, 1821.

part des dyspepsies, gastrodynies, gastralgies, pyrosis, cardialgies et toutes les boulimies sont l'effet d'une gastro-entérite chronique. »

Ces idées de Broussais furent reprises de nos jours par le professeur Hayem qui a complété cette théorie. « Dans la majorité des cas, déclare M. le professeur Hayem, la dyspepsie nerveuse est une gastropathie vulgaire, ayant pris naissance souvent sous l'influence de causes banales, dans un terrain pathologique particulier, névropathique et revêtant les caractères séméiologiques d'une névrose, en vertu des aptitudes spéciales du malade, qui dans maints cas sera un héréditaire ou un dégénéré. »

Le professeur Hayem ne nie donc pas d'une façon absolue l'existence de troubles sécrétoires, moteurs, sensitifs d'origine nerveuse, mais il n'admet pas que la neurasthénie puisse créer de toutes pièces des troubles digestifs. Pour lui on trouve toujours d'autres causes de dyspepsie, telle que l'alimentation vicieuse, l'alcoolisme, le tabagisme, et de plus dans les dyspepsies prétendues nerveuses, il y a toujours des modifications du chimisme stomacal, des lésions de la muqueuse gastrique. « On admet, dit-il, qu'il existe des troubles sécrétoires de l'estomac relevant de perturbations nerveuses, et théoriquement cette opinion est soutenable. La physiologie démontre en effet que certains nerfs, le pneumogastrique particulièrement, agissent sur la sécrétion de l'estomac ; on peut logiquement penser que tout état morbide influençant le

nerf vague aura pour résultat de modifier le suc gastrique dans sa qualité ou sa quantité. »

La démonstration des troubles sécrétoires d'origine névropathique a été faite par Pawlow, de Saint-Pétersbourg, qui a montré l'influence du psychisme sur la sécrétion gastrique (1). Cependant c'est là un fait encore discutable, seule la coexistence habituelle de l'hyperchlorhydrie avec les troubles nerveux est incontestable pour M. Hayem, et les gastrites hyperpeptiques prédisposeraient plus que toutes autres aux troubles névropathiques.

En résumé, M. le professeur Hayem n'admet pas que la neurasthénie puisse créer des troubles digestifs, elle ne peut être que secondaire. Quant à l'hystérie, il admet que celle-ci peut donner naissance à l'affection gastrique, sans qu'une autre cause ait besoin d'intervenir.

A l'époque où cette subordination des troubles nerveux aux troubles digestifs était soutenue par Broussais, un auteur s'élevait puissamment contre cette opinion, c'est Barras dans son *Traité sur les gastralgies et les entéralgies*, ou *Maladies nerveuses de l'estomac et des intestins*. C'est Barras qui, le premier, décrivit la dyspepsie nerveuse, avec nombreuses observations. La plus probante est à coup sûr la sienne. Elle montre bien la dépendance des troubles digestifs vis-à-vis du nervosisme, l'influence manifeste

1. Pawlow. *Die arbeit der Verdauungsdrüsen*. Traduction Walther, 1898.

des émotions sur le fonctionnement de l'estomac, la non efficacité, ou du moins l'efficacité toute transitoire du traitement par les régimes alimentaires ou les médicaments. Barras va consulter les confrères les plus réputés de son temps, tous diagnostiquent une gastro-entérite ; un seul le dissuade de l'idée de gastro-entérite, mais « il me donna à entendre que je pouvais bien avoir quelque chose de pire et fit part de ses craintes à des amis communs, qui eurent l'imprudence de me le répéter. Mon imagination, restée fort calme jusqu'à ce moment, en fut vivement affectée ». Il fut mis à des régimes délibitants et à des traitements antiphlogistiques. Après des alternatives d'amélioration et d'aggravation les symptômes gastriques prirent une proportion extrême, l'état général s'affaiblit, le moral s'affecta de plus en plus. Finalement Barras consultait le professeur Fouquier, à Paris, qui lui déclara qu'il n'avait jamais eu d'inflammation, mais une gastralgie, un excès de sensibilité des nerfs de l'estomac et rien de plus. « Un langage aussi consolant, dit Barras, que j'entendais pour la première fois de la bouche d'un confrère, me fit beaucoup de bien. » C'était là l'ébauche de la psychothérapie. « Les forces et l'embonpoint revenaient peu à peu, le moral s'améliorait rapidement, ... quand un événement à jamais déplorable pour moi est venu hâter la guérison. A la fin de janvier 1824, ma fille unique éprouva les premiers symptômes de la phtisie pulmonaire. De ce moment mon attention

se porta tout entière sur mon enfant ; je ne pensai plus à moi, et je fus guéri. »

Si nous parlons un peu longuement de Barras c'est qu'il fut le premier défenseur de la théorie que nous soutenons ici, et que son livre dénote un esprit d'observation des plus remarquables.

Cependant Barras ne niait pas l'existence de symptômes des névroses gastriques subordonnées aux gastrites ; mais il prétendait que les cas dans lesquels les altérations de structure des organes digestifs sont consécutives ou concomitantes à la maladie nerveuse se rencontrent aussi souvent que ceux où elles forment la base de la maladie nerveuse.

Déjà Whytt (1) avait cette opinion. « Nous sommes tenté de croire, dit-il, que les obstructions, les squirrhes et les autres maladies des viscères du bas ventre que l'on a observés dans les cadavres de personnes qui auraient enduré longtemps quelques affections nerveuses, ont été nombre de fois la suite ou l'effet de ce que leur santé est restée mauvaise et dérangée pendant un temps considérable plutôt qu'ils n'en ont été la cause. »

Nombreux, après Barras, furent les médecins qui décrivirent les principaux symptômes de la dyspepsie nerveuse. Nous ne citerons que les principaux. Les travaux de Beau sur la dyspepsie : *Traité de la Dyspepsie*. Ceux de Lasègue, sur l'anorexie dont il fit très catégoriquement un trouble mental, et qui, en

1. Whytt. *Traité des Maladies nerveuses*, 1776.

1847, pose les principes d'une psychothérapie véritable, comme nous le verrons en étudiant le traitement.

Briquet, étudie les troubles digestifs des hystériques.

M. Bouveret, de Lyon, est également partisan de l'origine nerveuse de la dyspepsie chez les neurasthéniques.

Mais pour tous ces auteurs, la dénomination de dyspepsie nerveuse n'avait d'autre sens que celui de dyspepsie chez des nerveux ; et aucun n'avait vu l'influence du psychisme sur le développement de ces gastropathies, aucun ne s'était rendu compte de leur origine purement mentale.

Il faut, du reste, reconnaître que si pendant longtemps on a méconnu le côté joué par le moral sur les fonctions digestives, cela tient à ce que les médecins s'occupaient seulement du côté chimique de la digestion, considéraient plus ou moins l'estomac comme un vase clos, une cornue, dans laquelle se passaient des réactions d'ordre chimique. A cette époque, en effet, on ne s'occupait que de l'examen du suc gastrique, de sa teneur en acide chlorhydrique sans s'occuper en aucune façon de l'état mental des malades.

C'est là une particularité qui a été mise en lumière par notre maître le professeur Déjerine et par le professeur Dubois de Berne depuis plus de dix ans. Il ont montré en effet, que chez les sujets étiquetés dyspeptiques, c'était ailleurs que dans des

troubles des fonctions chimiques de l'estomac qu'il fallait chercher la cause de leur maladie, que c'était dans leur état mental et que ces sujets qui, pour eux, représentent 90 o/o des dyspeptiques, sont, en réalité, comme il les a appelés, des faux gastropathes.

Dans un travail publié en 1902 (1), insistant sur le rôle considérable joué par la psychothérapie et l'isolement dans le traitement des différents symptômes que l'on observe chez les sujets atteints de psychonévroses, il s'exprimait ainsi : « J'ai eu souvent affaire à des formes très graves d'hystérie, à des anorexies mentales qui entraient dans le service dans un état de cachexie extrême, à des neurasthéniques ayant perdu le tiers et même la moitié de leur poids et ayant un état hypocondriaque ou mélancolique très accusé, à des gastropathies fonctionnelles traitées sans succès depuis des mois et même des années par des gastro-thérapeutes dont l'action avait, du reste, été des plus nuisibles, car elles ont encore imprimé davantage dans le cerveau des malades — par l'examen du suc gastrique, le lavage de l'estomac, les régimes et les menus — l'idée d'une affection stomacale réelle. » Or, dans ces différents cas, M. Déjerine faisait remarquer que la guérison était obtenue seulement et uniquement par le traitement moral, le sujet étant isolé des siens.

En 1904 Camus et Pagniez, dans un ouvrage bien

1. Déjerine. « Le traitement des psychonévroses à l'hôpital par la méthode de l'isolement. » *Revue de Neurologie*, 15 déc. 1902, n° 1145.

connu, exposant la méthode du professeur Déjerine et les observations personnelles faites par eux dans son service, montraient combien étaient nombreux les faux gastropathes traités sans succès par la médecine ordinaire, c'est-à-dire par le système des médicaments ou des régimes, et quels résultats remarquables, pour ne pas dire plus, donnait chez ces sujets l'application du traitement moral.

La même année, le professeur Dubois (de Berne) insistait lui aussi dans un plaidoyer des plus convaincants sur l'existence des dyspepsies protopathiques (1).

« Ils sont légion ces malades dyspeptiques, qui visitent chaque année les stations balnéaires et sont arrivés à ne plus rien manger tout en souffrant toujours. Au début ils ont eux-mêmes restreint leur régime ; ils ont, par exemple, supprimé les choux, les crudités et l'amélioration obtenue semblait leur donner raison. Plus tard les troubles gastriques ayant reparu, ils ont supprimé quelque autre aliment ; nouvelle amélioration momentanée, mais aussi nouvel insuccès motivant de nouvelles restrictions. Le médecin appelé a réussi à faire clapper l'estomac. Alors le malade se croit atteint de dilatation d'estomac et on lui prescrit un régime plus sévère encore. Parfois le malade s'adresse à un spécialiste de l'estomac, expert, consciencieux.

1. Dubois (de Berne). *Les Psychonévroses et leur traitement moral*. Préface du Professeur Déjerine. Paris, 1904.

Celui-ci n'admet pas d'emblée la dilatation d'estomac, il la constate par l'insufflation, analyse le contenu gastrique après le déjeuner d'essai. Si cet examen reste négatif, le malade a de la chance, car alors le spécialiste reconnaîtra que c'est « nerveux » et, sans renoncer tout à fait au régime de précautions, il pourra amender l'état de son malade.

« Mais malheur à celui-ci s'il y a rétention d'aliments dans l'estomac, hypoacidité, s'il y a excès de mucus. Alors le malade reste dans la catégorie des gastriques ; et subira les lavages d'estomac et les prescriptions de régime exclusif variant suivant les idées théoriques du médecin traitant...

« Et toujours plus le malade s'enfonce dans son hypocondrie gastrique ; son idée fixe a été soigneusement cultivée.

« Heureusement elle n'est pas si tenace qu'on pourrait le croire. Les pauvres malades ont déjà fait leurs réflexions, et j'en vois qui, avant d'avoir mon avis, me disent : Je crois qu'on a tort de me traiter pour l'estomac ; il me semble que ce sont plutôt les nerfs qui souffrent. Il y en a même qui, plus royalistes que le roi, disent tout bonnement : Je crois que je m'imagine tout cela ! »

Pour en terminer avec cet historique nous rappellerons le travail de MM. Déjerine et Gauckler (1) sur « les Faux Gastropathes » parus dans la *Presse Médicale* en 1906.

1. Déjerine et Gauckler. « Les Faux Gastropathes », *Presse Médicale*, 1906, n^{os} 21, 26, 28, 31 mars 1906.

Dans cette étude, MM. Dejerine et Gauckler démontrent l'existence des formes purement psychiques, purement nerveuses des gastropathies ; classent ces malades en trois groupes : neurasthéniques présentant des troubles dyspeptiques simples ; phobiques de l'estomac ; et pseudo-gastropathes fonctionnels ; donnent de nombreuses observations et montrent les brillants résultats obtenus par la psychothérapie et l'isolement, sur ces malades qu'aucun autre traitement n'avait pu, non seulement guérir, mais même soulager d'une façon durable.

ÉTIOLOGIE

Les névroses ne sont point restées à l'abri des révolutions qui ont bouleversé plusieurs fois la médecine, mais si leur théorie a été souvent modifiée, si elle a éprouvé de grandes vicissitudes, du moins leur existence n'a jamais été mise en doute. L'histoire de la médecine nous apprend en effet que tous les médecins, depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, ont admis des maladies essentiellement nerveuses. C'est ainsi que sont entrées dans le domaine de la pathologie des affections purement nerveuses de divers organes, « lésion du sentiment et du mouvement, sans inflammation ni lésion de structure » selon la définition des névroses de Pinel (1), et qu'on a isolé des faux urinaires, des faux cardiaques, des faux génitaux. Avec M. le professeur Déjerine, nous pensons qu'il faut maintenant y ajouter une nouvelle catégorie de malades, les faux gastropathes. Ce sont donc les formes purement psychiques, purement nerveuses des gastropathies que nous allons décrire ici.

L'étiologie de ces gastropathies fonctionnelles,

1. Pinel. *Nosographie philosophique*.

pour peu complexe qu'elle soit, demande cependant une division. Ces gastropathies peuvent être primitives ou secondaires. Secondaires elles viennent compliquer la neurasthénie, l'hystérie, ou plutôt se greffer sur elles ; primitives les fausses gastropathies se créent de toutes pièces, d'emblée sans symptôme neurasthénique ou hystérique préexistant.

Les premières sont de beaucoup plus fréquentes, parce qu'elles se greffent sur deux névroses fréquentes elles-mêmes. Leur étiologie tient donc toute dans celle de la neurasthénie ou de l'hystérie que nous rappellerons brièvement.

La neurasthénie existe dans tous les pays civilisés où la lutte pour l'existence impose aux fonctions du système nerveux une activité intensive, aussi est-elle très fréquente dans les grands centres où la vie est fiévreuse et agitée. C'est dans la période tourmentée de la vie, entre vingt et cinquante ans, qu'on l'observe surtout. Elle serait plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Sur un total de 828 neurasthéniques Von Høesthing (1) compte 604 masculins et 224 féminins. Si cette statistique est vraie pour la neurasthénie elle ne l'est plus pour les gastropathies fonctionnelles qui se voient beaucoup plus chez une neurasthénique du sexe féminin. Quoi qu'il en soit, cette fréquence de la maladie de Beard explique le grand nombre de faux gastropathes observés, si l'on veut bien les rechercher. Chez tout neurasthénique, en effet, il existe des

1. *In Handbûch der Neurasthenie.*

Chaudron. *Revue médicale de la France*, 1900, 3, 10, 11, 12.

troubles gastriques ; il y a une dyspepsie par atonie gastro-intestinale. Ces troubles sont peu marqués et s'expliquent facilement. Le neurasthénique pour si peu déprimé qu'il soit, manque aisément d'appétit. Tout effort physique ou moral lui répugne et, comme telle, la nourriture psychiquement lui répugne. C'est là, en somme, de l'anorexie mentale à son degré le plus léger. Le malade commence alors à s'inquiéter de ses fonctions digestives, il digère mal. Ce sont des troubles dyspeptiques simples, constants chez les neurasthéniques ; des troubles créés par la névrose même et créés de toutes pièces sans qu'aucune autre cause ait eu à intervenir.

L'hystérie a été de tout temps une maladie fréquente ; elle atteint son maximum de fréquence entre quinze et vingt-cinq ans ; loin d'être spéciale au sexe féminin, on la trouve assez fréquemment chez l'homme. On la trouve dans tous les milieux sociaux, sous tous les climats. Quant aux agents provocateurs de l'hystérie ils sont multiples et variés ; ce sont les émotions morales de toute nature, le traumatisme, les intoxications, les maladies infectieuses et les maladies générales, le surmenage physique et mental, l'imitation, enfin les pratiques d'hypnotisme et de spiritisme.

Quant aux gastropathies fonctionnelles primitives, celles qui se créent d'emblée alors qu'il n'existe ni neurasthénie, ni hystérie, c'est à la suite de nombreuses causes occasionnelles qu'elles se développent. Ces mêmes causes d'ailleurs interviennent chez les neu-

rasthéniques ou les hystériques pour faire naître la fausse gastropathie secondaire.

Causes morales. — En première ligne viennent les causes morales. Un moraliste disait que les causes des maladies nerveuses, ne resteraient jamais ignorées si l'on pouvait fouiller dans les replis du cœur humain, que c'était dans ces replis qu'il fallait chercher l'origine d'une foule innombrable de névroses. Les différentes affections morales et les passions déréglées sont effectivement des sources fécondes en maladies propres au système nerveux. « On concevra, dit Barras, l'empire que le moral exerce sur leur développement, si l'on fait attention qu'elles accompagnent toujours les révolutions politiques, les progrès du luxe et la corruption des mœurs. » On disait autrefois que certaines peines de l'âme et que certaines passions déréglées prédisposaient à tel genre de névrose plutôt qu'à tel autre. Mais cette corrélation ne peut être admise ; tout ce qui se rapporte à ses affections présente tant de variétés que les exceptions sont peut-être aussi nombreuses que les faits sur lesquels des règles générales avaient été établies. La même cause morale, en effet, peut occasionner toutes espèces de maladies nerveuses.

Parmi toutes les causes morales, il en est qui semblent prédisposer plus particulièrement à l'écllosion des fausses gastropathies. Ainsi les chagrins, la colère, les contrariétés, la jalousie, peut-être parce que ces causes existent plus fréquemment que d'autres.

Le surmenage cérébral, les excès de travail intellectuel sont avec raison considérés comme une des causes les plus efficaces de l'épuisement nerveux. Les grands travailleurs, savants, littérateurs, artistes, industriels, les jeunes gens qui préparent les examens et les concours de carrière paient un large tribut à cette névrose.

La peur, une frayeur intense et soudaine, le traumatisme, c'est-à-dire l'ébranlement physique et moral qui l'accompagne sont également à l'origine de la gastropathie fonctionnelle.

Mais comment se fait-il que des causes si variées affectent également le système digestif. Les unes paraissent agir directement sur cet appareil. Il est vraisemblable que les choses se passent ainsi, quand les douleurs de l'estomac suivent immédiatement l'action de leur agent provocateur, comme cela arrive souvent après un accès de colère, une frayeur subite, une violente contrariété. D'autres, et ce sont les plus nombreuses, semblent affecter d'abord le système nerveux, d'où la maladie se répète sympathiquement sur le principal organe de la digestion. Les gastropathies fonctionnelles produites par l'ennui, la tristesse, les chagrins ne se développent-elles pas de cette manière ? D'ailleurs, ces distinctions qui seraient fort utiles dans la pratique, parce qu'il faut bien connaître le point de départ de la maladie pour diriger convenablement le traitement, comme nous le verrons, ne sont pas toujours faciles à établir, attendu qu'il est à présumer que plusieurs affections

morales frappent tantôt sur le système nerveux, tantôt sur le système digestif, et probablement même sur les deux en même temps.

Nous pourrions être taxé d'exclusif si nous disions que les peines de l'âme, les passions déréglées et les travaux intellectuels excessifs n'occasionnent que des névroses. Mais il s'agit alors de causes prédisposantes et non plus déterminantes, et pour déterminer d'autres maladies que les névroses, les agents provocateurs, dont il est question, agissent d'abord sur le système nerveux.

L'imitation. — L'imagination. — Un attribut remarquable des affections nerveuses, c'est la faculté qu'elles possèdent de se développer par une sorte d'imitation involontaire. C'est là un fait qu'avait déjà bien observé Barras : « Depuis que les médecins physiologistes, disait-il, ont mis la gastro-entérite chronique à la mode, la gastralgie hypocondriaque, occasionnée et entretenue par la fausse idée d'être atteint de cette phlegmasie, se multiplie à l'infini... Il est vrai que le traitement auquel on soumet les personnes que l'on croit atteintes d'inflammation gastrique n'est point étranger, ainsi que nous le dirons bientôt, au développement et à la prolongation de la névrose des premières voies : mais je n'en suis pas moins convaincu que l'influence de l'imagination y contribue aussi et qu'elle pourrait même la déterminer sans le concours du mauvais traitement. »

Donc l'idée seule, et, à plus forte raison, la peur d'avoir soit une lésion organique, soit une lésion

quelconque du tube digestif, peut donner lieu à une fausse gastropathie en fixant continuellement l'attention du malade sur son estomac pour épier ce qui s'y passe.

« Une affection est-elle à l'ordre du jour, elle obsède aussi bien les médecins qui la recherchent volontiers et la trouvent que les malades qui l'invoquent avec une facilité toute particulière, à titre d'explication de leur état, parce qu'ils en ont entendu parler autour d'eux, parce que vaguement ils en connaissent la symptomatologie théorique. C'est l'histoire de l'individu qui, lisant un livre de médecine, se croit atteint de toutes les maladies qu'il y trouve décrites. Et pour ce qui est des gastropathies qui nous intéressent seules pour le moment, point n'est besoin de faire appel à une littérature scientifique. Derrière une abondante pharmacopée, la presse politique se charge de rappeler aux malades, volontiers lecteurs d'annonces médicales, qu'ils ont un estomac et qu'ils feraient peut-être bien de s'en occuper. » (1) La dilatation d'estomac a remplacé aujourd'hui la gastro-entérite de Barras, et c'est cette affection qui préoccupe les malades et les amène plus ou moins rapidement à la gastropathie fonctionnelle ; parce qu'ils en ont peur, parce qu'ils en recherchent les symptômes en s'observant minutieusement, symptômes que les quotidiennes pages des

1. Déjerine et Gauckler. *Presse médicale*.

journaux leur apprennent. Leur imagination travaille, elle est la cause déterminante de leur gastropathie.

L'imitation joue aussi un rôle assez important dans l'étiologie des névroses. Quelques pseudogastropathies peuvent en effet se produire par imitation involontaire ; c'est à cette sympathie qui s'exerce d'un sujet sur un autre qu'il faut rapporter, par exemple, les vomissements que certaines personnes éprouvent en voyant vomir d'autres individus. Ces cas de faux gastriques par imitation se voient le plus souvent chez des hystériques.

Régimes alimentaires. — Très importants dans l'étiologie des gastropathies fonctionnelles, sont les régimes alimentaires, le jeûne, l'abstinence, quelle qu'en soit la raison : idée religieuse, coquetterie, les jeunes filles qui veulent maigrir pour se donner une taille plus élancée, les femmes qui ont peur de grossir avec l'âge. Ce qui prouve bien l'empire que l'abstinence et la nourriture maigre peuvent exercer sur la production des fausses gastrophathies, c'est que ces maladies sont surtout communes à la suite du carême, chez des personnes qui l'ont observé sévèrement. L'estomac ne recevant presque plus d'aliments s'affaiblit, la muqueuse devient plus impressionnable, plus irritable, sa sensibilité nerveuse est pour ainsi dire aiguisée, l'appétit se perd peu à peu. C'est alors qu'à la fin du jeûne, à la fin du régime d'amaigrissement, l'appétit ne revient pas, l'estomac ne veut plus rien supporter, la présence des

aliments le rendent douloureux, et la gastropathie fonctionnelle est créée.

Thérapeutique. — Ce sont là des régimes alimentaires que s'est imposé le malade lui-même, nous voyons leurs tristes effets. Il en est de même des régimes prescrits par le médecin. Ceux-là surtout sont funestes, car ils confirment au malade la réalité de ses sensations douloureuses, et créent l'idée d'une lésion organique de l'estomac, ou du moins d'une véritable maladie d'estomac. La thérapeutique, qu'elle qu'elle soit, peut avoir le même résultat et, par la même succession d'idées chez le malade.

A ce sujet, Barras mentionne l'influence des évacuations sanguines ; c'était un mode de traitement fort en honneur à cette époque : « L'abus extraordinaire des sangsues à l'épigastre explique en partie la fréquence des névroses gastro-intestinales. » A l'heure actuelle les sangsues sont remplacées par l'infinité des médicaments gastriques, et le résultat est le même.

Les autres causes que nous allons énumérer maintenant sont beaucoup moins importantes.

La lactation peut occasionner la gastropathie. Tout le monde sait que les femmes qui nourrissent éprouvent fréquemment des souffrances épigastriques qu'on ne peut qu'attribuer à l'atonie nerveuse de l'estomac, puisqu'elles disparaissent par la cessation de la cause débilitante.

Les chlorotiques, les femmes enceintes sont très sujettes aux gastropathies fonctionnelles. Celles-ci

se manifestent tantôt par des vomissements, tantôt par un appétit capricieux, bizarre et dépravé, et tantôt par des douleurs d'estomac plus ou moins violentes. Dans le cas de gestation, ce sont des phénomènes sympathiques. Mais cet état gastrique peut persister après l'accouchement, et il s'agit alors le plus souvent de gastropathie fonctionnelle, créée par la gestation ; les troubles digestifs ont plus ou moins inquiété le malade, l'idée d'une affection gastrique a pu se fixer dans sa tête et, après la délivrance, ces troubles persistent.

L'abus de l'alcool, des liqueurs spiritueuses, du café, thé, infusions aromatiques est incriminé quelquefois. Il est vraisemblable que tous ces agents peuvent occasionner des névroses gastriques, aussi bien que des lésions organiques de l'estomac. De tout temps, en effet, on s'est accordé à dire que ces substances exerçaient une action spéciale sur le système nerveux ; elles exaltent la sensibilité, causent de l'agitation, de l'insomnie, des tremblements, des convulsions, le coma et mille autres phénomènes nerveux. Il n'y a donc rien d'étonnant à voir de fausses gastropathies se développer à la suite de l'ingestion de ces substances, par épuisement du système nerveux surmené par ces excitations successives.

En résumé, par cette étiologie nous voyons que les gastropathies fonctionnelles, qu'elles soient secondaires ou primitives, ont à l'origine des causes communes. Les neurasthéniques, les hystériques,

deviennent faux gastropathes, par le fait même de leur neurasthénie ou de leur hystérie sans qu'aucune autre cause ait besoin d'intervenir, si celle-ci se produit elle n'est que prédisposante ; chez les faux gastropathes primitifs, au contraire les symptômes gastriques existent indépendamment de toute autre névrose préexistante, mais il leur faut pour éclater une des causes que nous avons énumérées, qui est alors déterminante. C'est dans ce dernier cas surtout que les troubles digestifs prennent le caractère symptomatique de véritables lésions organiques de l'estomac.

Mais pourquoi ces causes produisent-elles chez les uns, qu'ils soient neurasthéniques ou non, des gastropathies, alors que chez d'autres elles n'ont aucun effet funeste. C'est là qu'interviennent les causes prédisposantes. Indépendamment de l'âge, du sexe, du milieu social, ces causes se réduisent à deux : l'hérédité, le nervosisme.

L'hérédité des formes purement nerveuses des gastropathies peut être admise. C'est là une cause prédisposante par excellence, mais ces troubles digestifs nerveux peuvent se développer chez des sujets indemnes de toute tare héréditaire. Ce fait, remarquons-le en passant avec M. le professeur Déjerine, est d'une réelle importance au point de vue de la pathogénie des maladies nerveuses, car une gastropathie fonctionnelle, aussi bien qu'une neurasthénie, pourra être à l'origine de toute une descendance

morbide, en d'autres termes constituer le premier membre de la famille névropathique.

S'il était vrai, comme on l'a dit, que les affections morbides ne fussent que le plus haut degré des tempéraments individuels, cette remarque s'appliquerait surtout aux maladies nerveuses. En effet, le tempérament nerveux, le nervosisme dispose tellement aux névroses qu'il paraît souvent en constituer la première période. C'est ce qui explique la fréquence de ces maux chez les femmes ; la délicatesse de leur constitution, leur extrême motilité et leur sensibilité excessive les rendent sujettes à une multitude de phénomènes nerveux. Mais ce qui dispose plus spécialement aux troubles nerveux des organes digestifs, c'est l'irritabilité extraordinaire dont ils peuvent être longtemps le siège sans que la santé en soit trop altérée. Il est effectivement d'observation que les gastralgies se rencontrent de préférence chez les individus à tempérament nerveux ; et ces maladies ne sont véritablement alors que l'exaspération de l'état habituel des malades, tant est grande la disposition qu'ils ont à les contracter. Les malades, qui viennent consulter pour des douleurs d'estomac, vous disent la plupart qu'ils digéraient mal depuis plusieurs années, qu'ils avaient ordinairement des pesanteurs à l'épigastre, que néanmoins leur appétit se conservait. D'où nous pouvons conclure que la sensibilité nerveuse de l'estomac de ces malades est habituellement exaltée et que la plus légère cause devait faire éclater une fausse gastropathie.

Ce tempérament nerveux, qui est la cause prédisposante par excellence de toutes les psychonévroses, se caractérise par la mentalité des sujets ; ces sujets sont à l'excès des susceptibles, des fatigables, des sensibles et des émotifs.

C'est à M. Dubois, de Berne, que nous empruntons ces stigmates du tempérament nerveux. « On pourrait dire sous une forme paradoxale que ce ne sont pas là des malades. Il n'y a pas chez eux des phénomènes nouveaux méconnus de l'homme sain, pas d'interventions d'agents pathogènes spéciaux comme dans les maladies infectieuses, pas d'altération des organes déterminant le trouble fonctionnel.

« Il n'y a chez eux qu'une exagération des réactions normales qui se traduit non seulement par l'intensité des phénomènes, la facilité avec laquelle ils naissent, mais encore par la déviation du type primitif de la réaction par des irradiations inattendues. »

La suggestibilité exagérée est le premier des stigmates caractéristiques de la mentalité des psychonévrosés. Elle est commune aux neurasthéniques et aux hystériques. Mais il s'agit de préciser ce terme de suggestibilité qui en français s'emploie plutôt en mauvaise part. En effet, « suggérer implique que la bonne foi a été plus ou moins surprise, qu'usant des subterfuges d'une dialectique habile, on a circonvenu le sujet, qu'on l'a amené à des vues qu'il n'aurait pas admises, s'il n'avait suivi que les conseils de sa raison, de son bon sens... Pourtant, dans ces dernières années, le mot a pris une acception moins

fâcheuse. On dit d'un livre qui fait penser : c'est une œuvre très suggestive ; on pourrait dire aussi : c'est la bonté qui a suggéré à cet homme cet acte de dévouement.

« Ainsi compris le mot de suggestibilité désigne cette faculté de l'esprit qui lui permet de la persuader par n'importe quel procédé, de l'existence d'un fait, de la justesse d'une idée ou de l'excellence d'une détermination. » (1).

Cette suggestibilité existe chez tous les hommes, mais à des degrés divers. Elle intervient dans tous les actes de la vie, et nous devons lutter contre elle avec toutes les forces de notre raison, pour ne pas voir notre jugement s'égarer, pour ne pas nous créer de continuelles illusions. La puissance de l'idée est telle que nous ne trouvons aucune différence entre une sensation produite par une irritation périphérique, et une sensation créée de toutes pièces par une représentation mentale. Poussée à l'excès ou simplement non réfrénée par le contrôle de la raison cette suggestibilité devient malade.

Il en est absolument de même de la fatigabilité, dont parle le même auteur.

Tout organisme qui fonctionne se fatigue, et le phénomène le plus apparent de toute fatigue est la difficulté à continuer le travail commencé. Si l'on persiste, tout l'organisme s'épuise et cet épuisement se fait spécialement sentir sur le système nerveux. Celui-ci est extrêmement plus sensible que le muscle ;

1. Dubois (de Berne). *Les Psychonévroses et leur traitement moral*. Préface du professeur Déjerine, Paris, 1904.

comme le fait remarquer Mosso (1), un muscle peut encore se contracter normalement alors que la circulation locale est arrêtée par la bande d'Esmarch. La perte de connaissance survient, au contraire, en quelques secondes, si par la compression des carotides on entrave l'afflux du sang au cerveau. Aussi à la fatigue vraie, à l'épuisement réel s'ajoute une tendance à la dépression des sentiments et au pessimisme en général. L'ennui est une des manifestations principales de cette fatigue nerveuse. Il faut donc, avec M. le professeur Dubois, de Berne, admettre que la fatigue se double de l'autosuggestion de fatigue. Chez l'homme normal la conviction de fatigue succède à la fatigue. Le neurasthénique, sous l'influence de ses auto-observations, est convaincu de sa fatigue, avant de s'être fatigué, avant d'agir ; il est victime d'une autosuggestibilité exagérée. Nous ne voulons pas dire qu'il s'agit d'une fatigue imaginaire ; c'est une conviction d'impuissance succédant à une sensation réelle, mais grossie, par ce microscope, qu'est l'hy-persuggestibilité des malades.

Le troisième stigmatisme mental des névrosés est l'hy-persensibilité. Toute sensation est un fait d'ordre psychique, elle est localisée dans les centres spéciaux dont la localisation n'est pas connue. Elle peut donc varier suivant l'état d'âme du sujet ; une même excitation périphérique, qui produit les mêmes réactions dans les filets nerveux, les centres médullaires, bul-

1. A. Mosso, *La Fatica*, quinta edizione. Milano, 1892.

baire et cérébraux inférieurs, sera perçue en tant que sensation d'une façon très variable ; elle pourra être annihilée par la distraction, grossie par l'attention.

Cette influence constante de l'idée se manifeste journellement sur nos sensibilités diverses aux agents physiques.

De nos différents organes partent des sensations incessantes qui passent pour la plupart inaperçues. L'homme normal ne se rend pas compte qu'il a un estomac, un intestin, un cœur, tant qu'ils fonctionnent bien, et cependant, à tout instant, nous sommes avertis de leur existence. Les neurasthéniques ont à l'égard des multiples sensations qui nous viennent de nos organes la même sensibilité raffinée qu'à l'égard des événements de la vie. Elles s'installent dans leur esprit, l'occupent et l'obsèdent. Ils éprouvent un jour telle douleur, lui attribuent telle cause et la réapparition de la cause souvent absurde et étrange provoque la réapparition ou la recrudescence de la douleur. Ainsi vont se constituer des systèmes baroques où les causes alignées et les douleurs suggérées se confirment réciproquement.

Il nous reste à parler de l'émotivité exagérée, pour en terminer avec les caractères du névrosé. Si tel organe chez les malades attire surtout leur attention, ce n'est pas que les autres les laissent sans inquiétude, mais leur attention est retenue par l'un d'eux principalement. Tous sont dans un état continu de dépression cérébrale, de tristesse et d'inquié-

tude. De tout ce qui leur arrive, ils ne retiennent que les événements qui peuvent leur être défavorables ; ils cherchent le malheur partout, le voient partout et le trouvent qu'il existe ou non. Cet état d'anxiété permanent ne contribue pas peu à augmenter leur état de dépression ; c'est une lassitude qui va croissant, et en même temps que leur moral s'affecte, les diverses sensations douloureuses qui les inquiètent déjà, se précisent, s'accroissent, se généralisent à tous les organes, ou se fixent et se localisent à un seul. Tandis que les circonstances communes de la vie nous laissent, en général, assez indifférents, l'affectivité du neurasthénique ne connaît point de repos. Aussi la résistance à l'émotion ayant des limites, et celle-ci étant constamment mise à l'épreuve par les petites émotions journalières, qu'amplifie et transforme le neurasthénique, finit-elle par s'épuiser.

Le Dr Charles Blondel, dans un article de la *Revue de Paris*, s'exprime ainsi à ce sujet : « L'état d'inquiétude morale devient une habitude qui trouve dans tous les événements de la vie matière à s'alimenter. Cette hypermotivité du neurasthénique suppose un esprit dérégulé incapable de résistance critique aux multiples occasions que nous offre la vie de perdre notre équilibre moral : elle traduit la perpétuelle influence des minimes événements extérieurs sur la mentalité du sujet ; en un mot elle est hypersuggestibilité. D'autre part, il n'est pas de travail physique plus épuisant que l'émotion ; l'hypermotivité est donc cause de son état de fatigue. » (1). Ainsi s'en-

1. Dr Blondel. *Revue de Paris*, 1^{er} juin 1907.

chainent ces quatre stigmates des psychonévrosés ; tout le mal vient de l'hypersuggestibilité, et la sensibilité, l'émotivité, la fatigabilité excessives n'en sont que des modes ou des suites.

Ces particularités mentales que l'on retrouve chez les névrosés ne sont pas secondaires aux divers troubles des organes de la vie végétative, la psychasténie des névrosés est native et non acquise.

On s'en aperçoit facilement en interrogeant longuement les malades, en scrutant leur passé mental, en analysant leur état d'âme antérieur. Les accidents aigus pour lesquels ils viennent consulter ont été précédés, à une date plus ou moins rapprochée, de troubles divers des organes, qui ont passé inaperçu, ou plutôt que le malade oublie, tout entier qu'il est à ses souffrances actuelles. Chez beaucoup de ces sujets on retrouve les divers stigmates mentaux du professeur Dubois.

GENÈSE PSYCHIQUE DES GASTROPATHIES FONCTIONNELLES

Nous venons de voir sur quel terrain naissent les gastropathies fonctionnelles. Nous nous sommes ainsi rendu compte qu'elles se développaient sur le même terrain que toutes les psychonévroses ; mais pourquoi cette localisation spéciale, par quel mécanisme psychique la névrose se fixe-t-elle sur l'estomac plutôt que sur tout autre viscère ? c'est ce que nous allons examiner maintenant.

La question n'est pas de montrer comment une modification psychique est susceptible d'entraîner à sa suite toute une série de troubles fonctionnels, cela est vrai et démontré pour toutes les parties de l'organisme ; cela a été très spécialement démontré par Pawlow (1) en ce qui concerne les fonctions sécrétoires de l'estomac. Ce qu'ici nous voulons analyser c'est toute la série des petites raisons qui font que le psychisme du malade s'oriente du côté de son estomac. Alors que l'auto-observation, qui est à la base de toutes ces manifestations psychonévrotiques

1. Pawlow, *loc. cit.*

pourrait se porter sur n'importe quel viscère, pourquoi se localise-t-elle sur l'estomac.

Les raisons générales de l'auto-observation, nous les trouvons dans le terrain même sur lequel évolue la fausse gastropathie, hypochondrie au petit pied, parfois quelque peu congénitale, plus souvent acquise à la suite des à-coups de l'existence qui ont fait perdre au sujet sa confiance en lui, moralement et physiquement parlant.

Quant aux raisons spéciales de l'auto-observation, qui vont faire localiser la névrose sur tel organe plutôt que tel autre, elles sont multiples.

1° C'est tout d'abord *la question* de mode.

Il est des sujets dont on s'entretient plus volontiers, parce qu'ils sont à l'ordre du jour, parce qu'il est de bon ton de les connaître, parce qu'ils vous tiennent plus à cœur.

C'est ainsi qu'il y a une sorte de « mode médicale » instinctivement suivie par les médecins, attentivement observée par les malades.

Au temps de Barras (1), médecins et malades ne songeaient qu'à la gastro-entérite ; à l'heure actuelle, c'est la dilatation d'estomac qui l'a remplacée. Tous veulent en connaître la symptomatologie, tous craignent d'en être atteints, sitôt que se montre un malaise dans le domaine des fonctions digestives. Les médecins la recherchent et volontiers la trouvent. Cependant, cette mode médicale semble bien tour-

1. Barras, *loc. cit.*

ner depuis quelques années, l'estomac est peu à peu laissé de côté ; c'est sur l'intestin, ou sur l'appendice, qui fait tant parler de lui maintenant, que ce cantonnent les préoccupations. Combien parmi toutes ces crises douloureuses intestinales, plus ou moins appendiculaires, qui font une apparition subite et s'en vont de même, pourrait-on peut-être classer comme fausses appendicites, fausses entéropathies ?

L'appendicite est partout en ce moment, comme la dilatation d'estomac l'était il y a quelques années ; au moindre phénomène, digestif malade et médecin songent aussitôt à ce fameux appendice vermiculaire, et il serait bien étonnant qu'un jour ou l'autre il ne soit accusé de tout le mal. Sans doute, devra-t-on, dans un avenir plus ou moins rapproché, faire une place à part aux faux intestinaux comme aux faux gastropathes. La mode change et avec elle la localisation des névroses.

Nous ne voulons pas dire qu'il n'y ait pas des cas excessivement nombreux d'appendicites véritables, mais nous voulions seulement nous servir de cet exemple, pour montrer combien la mode peut influer sur l'esprit d'un psychonévrosé. Entendant parler de tous côtés de l'estomac, de l'intestin, son état d'inquiétude habituelle le porte à s'examiner sur l'organe dont on s'occupe le plus au moment. Voilà donc déjà une raison spéciale de la localisation de la névrose sur l'estomac.

2° *La question d'organisation de la vie.* — Les conditions de la vie matérielle entrent pour une part

importante dans l'éclosion de la fausse gastropathie. Il est en effet des circonstances qui attireront l'attention plus spécialement sur l'estomac ; ainsi, la façon dont seront pris les repas, qu'ils soient irréguliers, parce que les occupations ne permettent pas de se mettre à table à la même heure ; qu'ils soient pris hâtivement, qu'ils soient interrompus par la nature même de la profession.

Du fait même que les sujets qui nous occupent sont des suggestibles, ils vont s'observer, et leur attention sera portée sur leur estomac, parce que leur genre d'alimentation les y incite. Prenant leurs repas d'une façon hâtive, irrégulière ou interrompue, ils ne vont pas tarder à s'inquiéter des effets que peut avoir sur leurs fonctions digestives la manière dont ils s'alimentent ; dès lors leur attention une fois appelée sur l'estomac va s'y fixer de plus en plus parce qu'ils ne peuvent changer leur genre de vie.

C'est ainsi que dans l'observation VI résumée, que nous devons à l'amabilité de notre ami Dr Gauckler, nous voyons nettement l'alimentation orienter le psychisme du malade sur son estomac. Il s'agit d'une femme de chambre qui prend ses repas hâtivement ; de plus ils sont interrompus par les coups de sonnette de son maître. Elle commence par se demander « comment son estomac peut résister ». Puis elle songe qu'il serait bon qu'elle prête attention à ses digestions qui ne peuvent se faire normalement, puisque ses repas sont interrompus quotidiennement. Elle s'observe donc et finit par constater un

jour qu'elle a un peu de pesanteur, de gonflement épigastriques après les repas. Dès lors la gastropathie est créée.

Une autre malade (obs. V) attend chaque jour son mari pour se mettre à table ; celui-ci arrive presque toujours en retard. Comme la malade est d'une jalousie extrême, elle s' imagine que son mari s'attarde près d'une maîtresse ; c'est dans cet état d'âme qu'elle voit enfin arriver le retardataire ; petite discussion, petite crise de nerfs, et naturellement pas d'appétit, et digestions plus ou moins difficiles. Dès lors elle s'inquiète de son estomac et les symptômes gastriques s'accroissent.

Un dernier fait, celui de l'observation VII.

C'est une malade qui a perdu successivement son mari, puis son fils. Ces malheurs l'avaient beaucoup déprimée. Son attention fut attirée sur son estomac, par suite de la solitude à table. Désormais seule pour prendre ses repas, elle perd l'appétit ; les places vides maintenant de son mari et de son fils ravivent son chagrin ; elle mange à peine tout en versant des larmes, et en se demandant comment son estomac peut digérer les aliments qu'elle prend dans cet état de tristesse.

3° *La qualité de l'alimentation.* — C'est encore une cause fréquente de fixation de l'esprit du malade sur son estomac.

On sait que la nourriture de restaurant, les mets épicés, les repas pris en bateau sont accusés d'occasionner souvent des troubles digestifs. Le psycho-

névrosé, qui sera obligé par les conditions de son existence à subir l'un ou l'autre de ce genre d'alimentation, se préoccupera aussitôt des effets qu'elle peut avoir sur ses fonctions digestives. Ainsi sera orienté, localisé son psychisme.

4° *Des troubles digestifs véritables, mais accidentels*, peuvent être à l'origine de la gastropathie fonctionnelle. C'est ainsi que nous avons pu voir une malade, ayant eu des vomissements assez fréquents et abondants pendant le cours de sa grossesse, devenir fausse gastropathe, parce que ces troubles digestifs avaient attiré son attention sur son estomac, et qu'après la délivrance elle avait continué à s'observer, à examiner la façon dont se faisaient ses digestions. D'autres fois, le point de départ sera dans une indigestion quelle qu'en soit la cause, ou dans ces petits malaises digestifs qui nous rappellent que nous avons un estomac, et qui, chez les psychonévrosés, prendront dans leur esprit les proportions d'une maladie véritable.

5° *Enfin un trouble quelconque, mais interprété comme d'origine digestive*, suffira pour déterminer l'éclosion d'une fausse gastropathie. Dans ce cas non seulement le névropathe examine ses sensations, leur donne une importance qu'elles ne doivent pas avoir, mais encore il les interprète mal. C'est ainsi qu'une simple irritation laryngée, une sensation de constriction de l'œsophage, un spasme de ce conduit ou du pharynx causés le plus souvent par une émotion quelconque, effraient le malade, qui ne pouvant

momentanément avaler les aliments, accuse son estomac de mal fonctionner. Et voilà l'attention fixée.

Dans ces deux derniers cas, il est fréquent qu'une intervention médicale vienne faciliter le développement des troubles digestifs d'origine psychique, en fixant davantage l'attention du malade sur son tube digestif. Ce sera un simple examen de la région épigastrique, ou un médicament qui confirmera les craintes du malade. On examine mon estomac, on me donne des médicaments, on me fait suivre un régime, c'est donc que mon estomac est malade. De là le danger de l'examen du chimisme stomacal, de la thérapeutique médicamenteuse chez ces malades, danger que nous avons déjà signalé.

En résumé la gastropathie fonctionnelle apparaît chez des sujets prédisposés par leur nervosisme — nous nous sommes expliqué sur la signification de ce mot dans l'étiologie — à l'occasion de multiples raisons qui rentrent dans un des groupes que nous venons de donner. Le nombre de psychonévrosés, et la facilité avec laquelle se produisent au cours de la vie journalière les circonstances qui fixent l'attention de ces sujets sur leur estomac, expliquent la fréquence des troubles digestifs d'origine purement psychique.

SYMPTOMATOLOGIE

Au point de vue symptomatologique, nous diviserons avec MM. Déjerine et Gauckler les fausses gastropathies en trois classes ; ce sont les trois types entre lesquels évoluent ces malades :

Les troubles dyspeptiques chez les neurasthéniques ;

Les phobies de l'estomac ;

Les pseudo-gastropathies caractérisées.

Tels sont les trois échelons que l'on peut observer isolément chez des malades différents, tout comme on peut voir un seul et même sujet les gravir successivement.

I. — *Troubles dyspeptiques chez les neurasthéniques*

Nous devons distinguer deux formes, une forme légère, commune à tous les neurasthéniques, forme dans laquelle la nutrition générale n'est pas atteinte ; une forme grave où l'amaigrissement est plus ou moins marqué. Ces deux formes ont été décrites par M. Bouveret sous le nom d'atonie gastro-intestinale,

et par M. Mathieu sous celui de dyspepsie sensitivo-motrice avec ou sans hypochlorhydrie.

Dans *la forme légère*, il s'agit d'un neurasthénique léger, dont le caractère a changé ou dont l'état de tristesse habituelle, d'hypocondrie s'est aggravé, soit peu à peu, soit à la suite d'un choc physique ou moral. La céphalée en casque, l'asthénie neuromusculaire, la rachialgie, tels sont les symptômes neurasthéniques auxquels viennent se joindre les troubles stomacaux. Peu à peu l'appétit diminue ou devient capricieux, la nourriture répugne à ce malade, de même que tout effort physique ou moral. C'est en somme de l'anorexie mentale à son degré le plus léger.

Puis viennent les troubles digestifs proprement dits ; ceux-ci découlent de l'anorexie mentale ; le malade se nourrit malgré lui, il s'inquiète de ses fonctions digestives et dès lors il digère mal.

Immédiatement après le repas, le malade se sent plus fort, plus apte au travail, et cette période de bien-être dure une demi-heure, une heure environ. Mais bientôt la scène change. La digestion devient laborieuse. Le malade accuse une sensation de poids, de plénitude au niveau du creux épigastrique qui se météorise. En même temps il éprouve des palpitations, de l'oppression, des bouffées de chaleur, des rougeurs subites à la face ; il est tourmenté par des éructations. Sa tête est lourde, et il tombe dans un état de torpeur somnolente ou d'accablement plus ou moins profond. Ce malaise persiste une heure ou

deux, quelquefois plus. Il finit avec la digestion. La constipation, l'entéro-colite pseudo-membraneuse accompagnent et compliquent fréquemment cette forme de la dyspepsie neurasthénique.

L'examen du contenu gastrique, après repas d'épreuve, n'a pas donné les mêmes résultats aux auteurs qui se sont livrés à ce genre de recherches. Suivant M. Bouveret le fait capital, c'est la diminution ou même la suppression complète de l'acide chlorhydrique libre. Le défaut de troubles graves de la nutrition générale s'expliquerait par le fait que l'intestin supplée à l'insuffisance du travail gastrique. Par contre, M. Mathieu estime que dans la forme bénigne de la dyspepsie neurasthénique, le travail chimique de la digestion se fait le plus souvent dans des conditions à peu près normales. De plus la stase gastrique est nulle et la dilatation permanente fait défaut.

Dans *la forme grave* toutes les manifestations de la dyspepsie vont s'associer et se succéder ; elle est grave parce qu'elle coexiste avec des accidents accentués de dépression générale, parce que l'insuffisance de la motricité évacuatrice tend à amener un ralentissement marqué dans l'évacuation du contenu stomacal que cette insuffisance résulte de l'atonie ou de l'incoordination de la musculature gastrique.

Nous retrouvons ici les mêmes troubles, mais plus accusés que dans les cas de la catégorie précédente. De plus il s'y joint un symptôme nouveau et important, l'atteinte de la nutrition générale, Nous

allons passer en revue les divers symptômes fonctionnels, physiques et généraux que présente le malade atteint de cette dyspepsie nerveuse grave.

Les douleurs sont insconstantes ; en général les malades ne se plaignent pas d'une gastralgie très intense ; la pression épigastrique la fait naître ou l'augmente, mais il est fréquent de voir au contraire la pression la calmer. La douleur, quand elle existe, ne reste pas localisée à l'épigastre, elle irradie sur les parois thoraciques, les épaules, la région interscapulaire. Elle n'est pas continue ou du moins présente des exacerbations et des rémissions.

Dans la classe des faux gastriques qui nous occupent, ces douleurs sont souvent remplacées par un malaise général, avec nausées, anxiété et sensations bizarres. Ces malaises se montrent surtout pendant la digestion. Il semble à certains sujets que leur estomac se gonfle et se remplit outre mesure, à d'autres qu'il est vide et serré. Souvent ils ont dans la région épigastrique une sensation d'une vive chaleur ou bien un froid glacial.

Tous ces phénomènes sont, comme les douleurs qu'ils remplacent ou accompagnent, intermittents ou rémittents et se reproduisent avec plus ou moins de régularité.

Certains malades se plaignent de renvois muqueux, d'une véritable pituite. D'autres ont des régurgitations acides qui les font beaucoup souffrir. Assez souvent les matières rendues sont peu abondantes ; le malade rejette simplement quelques gorgées d'une

aigreur extrême. Ces renvois laissent à leur suite une sensation de brûlure, d'acidité de la bouche et de la gorge. D'autres fois les liquides sont rendus en grande quantité et à la suite d'efforts de vomissements.

Il est assez fréquent de voir ces dyspeptiques rendre la totalité ou une partie des aliments qu'ils ont ingérés ; le plus souvent c'est à la suite de régurgitations qu'ils rejettent quelques gorgées de matières alimentaires ; quelquefois ce sont les dernières bouchées avalées qui remontent ainsi dans le pharynx. D'autres fois ce sont de véritables vomissements.

Les fonctions intestinales, comme d'ailleurs dans les dyspepsies en général, sont fréquemment troublées ; si la diarrhée est très rare, la constipation, au contraire, est habituelle, et assez souvent il y a de la colite muco-membraneuse.

Quant aux signes donnés par l'examen des divers organes, ils sont peu importants. D'ailleurs cette exploration doit être faite rapidement ; il ne faut pas insister, car elle pourrait fixer davantage l'estomac dans l'esprit du malade.

L'estomac est très souvent distendu, et fait saillie au creux épigastrique. Après un temps variable, quelquefois avant la fin de la digestion, la région épigastrique se ballonne. Le malade est forcé d'entrouvrir ses vêtements ; et en même temps se produisent des renvois gazeux plus ou moins fréquents.

D'autres fois on constate, au contraire, une dépression au creux épigastrique avec une saillie au-des-

sous de l'ombilic. C'est la déformation à laquelle M. Mathieu a donné le nom de « ventre en dôme ». Chez les hommes, le pannicule adipeux sous-cutané de la paroi abdominale a disparu ; chez les femmes, la peau, parfois encore abondamment tapissée de tissu graisseux, est devenue flottante, en vertu de l'amaigrissement subi.

L'exploration abdominale permet encore de constater que l'estomac a une certaine difficulté à se débarrasser du liquide qu'il renferme. On trouve le clapotage par la percussion pendant toute la durée de la digestion, et jusqu'à six ou huit heures après un repas ordinaire.

L'analyse du suc gastrique, que nous signalons ici, ne devra être généralement pas recherchée. Le plus souvent la sécrétion chorhydrique est diminuée, c'est, du moins, l'opinion de M. Mathieu. Au contraire, l'acidité organique de fermentation est élevée, et cela d'autant plus que la stase est plus accentuée.

Si on examine l'intestin, on perçoit souvent l'existence du boudin cœcal ou de la corde colique. Enfin la ptose des viscères de l'abdomen n'est pas rare.

Signalons, pour terminer l'énumération de ces signes physiques, les battements de la région épigastrique. C'est là un symptôme peu fréquent, mais assez spécial à la dyspepsie mentale. Sensible à la palpation, quelquefois même à l'inspection, ces pulsations pourraient faire croire à l'existence d'un

anévrysme de l'aorte abdominale ou du tronc cœliaque. Quand ils existent, ils effrayent beaucoup le malade et il faut avoir soin de bien le rassurer à ce sujet.

L'état général participe à ces troubles divers. Quand la maladie s'est un peu prolongée, les malades sont maigres, affaiblis, sans force et sans courage.

Les troubles nerveux sont extrêmement fréquents. Ce sont d'abord les symptômes nets de neurasthénie qui préexistaient et qui se sont aggravés : faiblesse générale, incapacité au travail, tendance à l'hypocondrie, analyse inquiète du fonctionnement des divers appareils, insomnie, céphalée, tendance au vertige. Ces deux derniers présentent quelques particularités.

La céphalée se montre surtout pendant la digestion ; elle se caractérise par une lourdeur de tête, quelquefois des élancements douloureux. Fréquemment ces malades ont des accès de migraine qui se répètent à de plus ou moins longs intervalles.

Les vertiges apparaissent chez un grand nombre de malades, s'ils n'existaient déjà avant l'apparition des troubles digestifs ; tantôt le malade a une sensation de giration et tous les objets qui l'environnent tournent autour de lui ; tantôt il éprouve lui-même un sentiment de tourbillonnement. D'autres fois il croit voir la terre s'entr'ouvrir sous ses pieds. Ce vertige stomacal se manifeste surtout lorsque les

sujets quittent subitement la position horizontale pour s'asseoir ou se mettre debout.

Les troubles des organes des sens peuvent aussi s'observer ; il y a des éblouissements, une obnubilation de la vue se produit parfois. Les tintements d'oreilles ne sont pas rares. Enfin la sensibilité cutanée est plus ou moins atteinte ; les malades éprouvent des douleurs vagues, des sensations bizarres à la peau, des frissonnements, un froid intense ou des chaleurs plus ou moins vives, ces phénomènes sont passagers et parcourent différentes parties du corps, notamment la tête, les bras, les lombes et les extrémités inférieures.

Mais dans ces troubles du système nerveux, ce qui est le plus important de connaître c'est leur état mental. Or leur moral est très affecté, comme le faisait déjà si bien remarquer Barras (1), « le regard effrayé, cherchant à découvrir ce que le médecin et les amis qui voient le malade pensent de son état ; physionomie inquiète s'épanouissant néanmoins à quelques paroles d'espoir et de consolation, mais prenant l'empreinte de la terreur, si quelqu'un a l'imprudence de lui dire qu'il mange beaucoup, qu'il paraît atteint d'une maladie grave ou toute autre chose alarmante ; quelquefois agitation et impatience surtout des extrémités inférieures, au point de ne pouvoir rester en place ; très souvent état contraire, c'est-à-dire apathie, paresse et nonchalance

1. Barras, *loc. cit.*

naccoutumées, tristesse, morosité, ennui, découragement, dégoût de la vie et peur de la mort, attention du malade continuellement fixée sur son estomac, frayeur au moindre malaise qu'il ressent vers cette partie ; crainte insurmontable de manger en suffisante quantité ; soins minutieux sur le choix et la préparation des aliments ; relâchement des liens de l'amitié ; indifférence pour les personnes et les objets qu'on affectionnait le plus ; égoïsme plus ou moins complet ; affaiblissement considérable des facultés intellectuelles, et impossibilité de se livrer aux travaux de l'esprit. Mais diminution rapide de ces phénomènes nerveux, espoir de guérison, si les souffrances de l'estomac se calment momentanément, si les fonctions digestives s'exécutent assez bien pendant quelques jours, puis rechute pour la cause la plus légère, physique ou morale... »

Il n'y a rien à ajouter à ce tableau de la **mentalité** des neurasthéniques dyspeptiques, si magistralement fait par Barras.

L'évolution et la durée de ces troubles dyspeptiques dépend essentiellement de la neurasthénie, sans doute, ils aggravent les symptômes neurasthéniques déjà existant, mais il ne les ont pas créés. La preuve la meilleure, c'est que la neurasthénie guérie, tout disparaît complètement. Si le malade n'est pas soigné, il s'inquiète de plus en plus de son estomac qui fonctionne de plus en plus mal ; les troubles digestifs s'aggravent, le malade va consulter de tous côtés, et finit par tomber dans la seconde classe

des faux gastropathes que nous allons étudier maintenant.

II. — *Phobies de l'Estomac*

Avec les phobies de l'estomac nous arrivons au second degré des troubles digestifs liés au nervosisme. C'est souvent après avoir présenté, d'une façon plus ou moins complète, la symptomathologie précédente que le malade arrive à ne plus songer qu'à ses fonctions digestives, sur lesquelles il reporte uniquement toute son attention. Dans d'autres cas c'est le médecin lui-même qui a contribué au développement de l'idée fixe, par un interrogatoire minutieux, un examen prolongé, par la thérapeutique même. Ces malades sont, comme nous l'avons vu en traitant l'étiologie, des émotifs, présentent une auto-suggestibilité marquée ; aussi écoutent-ils et gravent-ils dans leur esprit et leur mémoire tout ce qui leur a été dit. Le médecin a-t-il prononcé les mots de dilatation, d'atonie, d'entéroptose, d'hypoacidité, aussitôt le malade croit ses craintes confirmées et, dès lors, ne s'occupe plus que de son estomac, craignant tout de cet organe, lui attribuant toutes ses sensations douloureuses.

Dans ces cas, la phobie stomacale est secondaire, mais elle peut être primitive ; au lieu d'être greffée sur un état neurasthénique, c'est la psychose gastrique créée de toutes pièces par la thérapeutique sto-

macale qui rend ensuite le malade neurasthénique.

« Que l'estomac soit un des lieux d'élection des préoccupations névropathiques, cela n'a rien en soi d'étonnant ; l'importance de cet organe est de notion populaire ; les réclames qui encombre les journaux révèlent les symptômes capitaux des principales gastropathies et les moyens infaillibles de les guérir ; les conversations portent volontiers sur les matières alimentaires et sur leurs propriétés curatives et digestives. Tout homme pense donc plusieurs fois par jour à son estomac, du fait qu'il mange, lit les journaux et cause avec ses voisins. Que chez le névropathe, ainsi cultivé, survienne une émotion triste, on sait assez par Pawlow les effets momentanés sur le dynamisme gastrique des phénomènes affectifs pour prévoir que ses fonctions digestives, comme celles de tout autre, seront momentanément troublées. Mais il est préparé à s'inquiéter de ces troubles. Il consulte, reçoit un traitement, le suit et ses malaises se prolongent avec son traitement, car se soigner, c'est penser à son mal, c'est donc l'éterniser quand il est tout mental. L'auto-observation du névropathe, une fois fixée sur son estomac, ne le quitte pour ainsi dire plus : les symptômes dont il a entendu parler ou dont il a eu la description, il craint de les éprouver et, en craignant de les éprouver, il les provoque ; il se lève tous les jours de table en ayant peur d'avoir des aigreurs, il a donc toutes les chances du monde d'en avoir, d'abord un jour, puis tous les jours. Et ainsi de tous les symptômes. Des diffé-

rents aliments, certains effets sont attendus, qui, naturellement, ne manquent pas de se réaliser et voilà les opérations de discrimination et de retranchement qui commencent jusqu'au jour où, à force de se restreindre, le faux gastropathe finit par ne plus se nourrir. Il maigrit, il s'affaiblit, nouveau symptôme effroyable, nouvelle preuve de gravité de son état, et ainsi la mauvaise digestion d'un jour prise trop au sérieux et évocatrice de craintes, d'inquiétudes et d'hypothèses aboutit à la ruine de toute une vie. » (1).

Par cet exposé du Dr Blondel dans la *Revue de Paris*, on voit comment le névropathe arrive par simple suggestion à devenir un phobique de l'estomac.

Au début il peut ne présenter aucune symptomatologie gastrique définie, ni vomissements, ni douleurs en rapport avec l'alimentation, d'une façon rigoureuse. Déjà Barras avait bien observé cette forme spéciale de fausses gastrophaties. « A cause de leurs vaines craintes, dit-il, ils digèrent mal la petite quantité d'aliments qu'ils prennent et ces mauvaises digestions altèrent leur santé. »

Les malades attribuent les divers symptômes qu'ils peuvent éprouver à une dilatation d'estomac, à de l'hyperchlorhydrie, etc., bien que ceux-ci ne soient que le résultat de leurs craintes et de leur mauvais régime. Et leur maladie s'aggravera d'au-

1. Dr Blondel. *Revue de Paris*, 1907.

tant plus qu'ils insistent davantage sur le régime qu'ils se sont créé et que leur crainte est plus grande. Dès lors ils vont présenter les plus singuliers, les plus paradoxaux et aussi les plus restreints des régimes. S'observant d'une façon rigoureuse ils classent les aliments. Celui-ci est presque indifférent, celui-là ne passe pas, cet autre, au contraire, est merveilleusement toléré. Isolément absorbés, tels aliments se digèrent, simultanément ils ne sont pas supportés.

Quant au moral de ces malades, il est de plus en plus affecté ; et cela surtout dans le cas de psychose gastrique primitive ; simple faux gastropathe d'abord, le malade devient un neurasthénique, voire même un mélancolique. Leur hypochondrie se caractérise par des réactions cérébrales exagérées à l'égard du moindre malaise digestif. Ils ne sont intéressés par rien d'autre que leur estomac. Le pyrosis, la langue saburrale, les borborygmes suffisent à suggérer au patient les angoisses les plus excessives et à provoquer une véritable crise de mélancolie avec dépression, aboulie, misanthropie. L'effet n'est pas en rapport avec la cause. Il y a des moments où tout malaise stomacal a disparu, alors le malade se trouve bien et a l'esprit tranquille. Il se sent renaître à la vie, s'intéresse aux choses qui l'entourent. Mais qu'il survienne de la pesanteur, des brûlures et la crise reparait. C'est surtout la crainte de son estomac qui le préoccupe ; son estomac domine toute son activité psychique et physique.

Il voit tout sous les couleurs les plus noires, rien ne peut le distraire ; il existe chez lui une véritable inhibition de toutes les facultés et la présence de ses semblables suffit à exaspérer ses souffrances. Il se rend d'ailleurs insupportable à ces derniers par son caractère. Après un repas dont il a ordonné rigoureusement la composition et qui est mal digéré, il n'est pas abordable. Le moindre prétexte suffit pour l'irriter, tout lui est désagréable et il souhaite de vivre seul. Rien n'échappe à sa critique. Il vit dans la contemplation de son estomac et ne s'occupe de rien autre. Sa neurasthénie née sous l'influence de troubles digestifs psychiques, entretenue par la thérapeutique devient une neurasthénie grave. Le fait est surtout patent dans les classes moyennes pauvres de la société. C'est le fruit de plusieurs années de travail, qui disparaît peu à peu chez le médecin ou le pharmacien. C'est la préoccupation incessante de son estomac qui dévie l'individu de sa besogne journalière. Et, comme le font remarquer MM. Déjerine et Gauckler (1) « l'état neurasthénique est rapide et grave, parce qu'il s'agit en somme d'une existence abîmée, d'une vie à recommencer, d'un édifice à reconstruire dont les bases font défaut ».

III. — *Pseudogastropathies fonctionnelles.*

Jusqu'ici il ne s'est agi que de sujets présentant des symptômes diversement associés, ou au con-

1. MM. Déjerine et Gauckler. *Presse médicale*, 1906.

traire plus ou moins isolés, mais symptômes qui ne correspondaient à aucune affection gastrique définie.

Dans les pseudo-gastropathies fonctionnelles, il en est tout autrement. Les symptômes se combinent de telle façon qu'ils constituent un syndrome superposable aux lésions de l'estomac. L'analogie est d'autant plus grande qu'aux symptômes fonctionnels s'ajoutent des signes physiques, qui sont bien faits pour faire errer le diagnostic si l'on n'y prend garde. Tous les organes d'un néurasthénique participent de son asthénie générale, l'estomac n'échappe pas à la règle, au contraire. Aussi l'atonie stomacale amènera-t-elle souvent une dilatation énorme et tous les signes physiques qui en découlent. Ces symptômes seront forcément recherchés chez les malades, et cela au grand détriment de son état mental ; car l'idée d'une maladie d'estomac s'ancrera de plus en plus dans leur esprit, et d'autant mieux que l'examen physique aura été plus consciencieux, plus approfondi.

Ici on portera le diagnostic de sténose-pylorique ; c'est un malade qui présente une dilatation de dimensions variables ; le cathétérisme à jeun a montré que l'estomac contient un peu de liquide ; il y a du clapotage à jeun et après le repas. A ces symptômes se joignent des troubles dyspeptiques ; ceux-ci se produisent avec leur maximum d'intensité à une époque plus ou moins éloignée de l'ingestion alimentaire. Cependant, et ce sera là un élément de diagnostic, dans la fausse gastropathie qui

revêt l'allure d'une sténose, assez souvent dès le début de la digestion il y a des malaises, l'estomac est gonflé et sensible, et les douleurs atteignent presque d'emblée leur maximum pour rétrocéder ensuite et s'atténuer quelques heures après le repas. La douleur est de forme et de violence variables. Tantôt simple gêne au creux épigastrique, tantôt elle se manifeste sous forme de brûlure, de pyrosis. Parfois localisée au creux de l'estomac, elle peut irradier le long des fausses côtes gauches et dans le dos, soit en haut vers le cœur et les poumons.

A côté des douleurs on peut observer d'autres phénomènes dyspeptiques qui viennent compléter la ressemblance de la gastropathie fonctionnelle avec la sténose pylorique. Ce sont des régurgitations de liquides survenant au moment de l'acné de la crise, il revient à la bouche un liquide que les uns trouvent acide, les autres amer, les autres fade, enfin d'autres encore fétides comme les œufs pourris. La quantité de liquide est fort variable : de quelques gorgées à un ou deux verres. Les vomissements sont surtout constitués par de l'eau et du suc gastrique, mais on y rencontre aussi des aliments plus ou moins digérés et difficiles à reconnaître. Les vomissements peuvent être beaucoup plus abondants ; les débris alimentaires plus nombreux, plus faciles à reconnaître. Enfin les malades ont d'abondantes éructations, qui apparaissent tardivement avec les douleurs et s'accroissent avec celles-ci. C'est bien là le tableau d'une sténose pylorique, nous verrons

quels sont les éléments qui permettent de faire le diagnostic.

Dans d'autres cas, le faux gastropathe se présentera avec des symptômes d'hyperchlorhydrie. Ce sont des douleurs n'apparaissant pas le matin à jeun, mais quelques heures seulement après les repas. Parfois quelque temps avant l'heure habituelle du repas, le malade éprouvera un certain malaise, qui sera calmé aussitôt par l'ingestion des aliments. Les douleurs tardives ont leur maximum au creux épigastrique qui est douloureux à la pression ; elles aussi sont calmées par quelques gorgées de liquides.

Cette crise douloureuse aboutit à des vomissements plus ou moins abondants et qui la font cesser. Ils sont constitués par un liquide jaunâtre qui renferme une petite quantité de détritns alimentaires, liquide plus ou moins acide.

L'association des symptômes digestifs peut encore faire croire à des fermentations gastriques. L'appétit est diminué ou absent, ce qui existe chez tous les neurasthéniques. Après le repas, le malade est pris d'une sensation de lourdeur, de fatigue, d'impuissance intellectuelle et musculaire et souvent d'une somnolence presque insurmontable. Cette somnolence contraste avec l'insomnie nocturne, ou avec le sommeil agité et entre coupé de rêves et de pénibles réveils, si fréquent chez les névropathes. Si le malade cède au sommeil et s'endort dans un fauteuil, il se réveille dix ou vingt minutes après, avec une sensation de bien-être. Mais s'il se couche sur son lit, s'il se laisse

aller à un sommeil prolongé, il se réveille harassé, la tête lourde avec un malaise général. En même temps il est abattu, mélancolique ou irritable, il a une lourdeur de tête qui frise la céphalalgie et se rapproche du vertige, la face entière se congestionne ; des battements pénibles se perçoivent dans la tête. Des palpitations de cœur, des étouffements, de l'oppression viennent s'ajouter aux troubles précédents. Parmi tous ces symptômes domine bientôt une sensation de plénitude, de gonflement, qui oblige le malade à desserrer ses vêtements, et la crise de flatulence éclate tantôt immédiate, tantôt d'une à trois heures après le repas.

Cette crise de flatulence s'accompagne souvent de régurgitations qui ont des allures du mérycisme. Les aliments reviennent par paquets dans la bouche. Il arrive que ces régurgitations soient assez abondantes pour que le malade soit obligé de les vomir. Ce ne sont pas des vomissements vrais, mais un mérycisme plus accentué, puisque les malades n'éprouvent pas de nausées.

La flatulence est le symptôme prédominant de cette forme de dyspepsie. Au début de la digestion, elle est purement stomacale, mais plus tard elle devient aussi intestinale, et se manifeste par des borborygmes, des vents ou de la tympanite. Elle se caractérise entre autres symptômes par des éructations de gaz. La présence des gaz dans l'estomac se manifeste aussi par des bruits œsophagiens ou stomacaux, par le refoulement du diaphragme et des compressions

exercées sur les organes voisins comme le cœur et les poumons, ce qui provoque autant de symptômes secondaires, tels que la dyspnée, les étouffements, l'anxiété, les palpitations.

Cette crise de flatulence cesse après un temps variable et les malaises disparaissent ; elle peut se terminer par des vomissements qui vident l'estomac plus ou moins complètement. Tantôt la crise s'atténue mais trois ou quatre heures après le repas, le malade est pris de crachotements salivaires, de bâillements, parfois de hoquets, signes réflexes annonçant le pyrosis. Dans ce cas la situation du malade devient vraiment pénible. La flatulence peut prendre l'importance d'une vraie crise avec des sortes d'explosions qui affectent chez les névropathes qui nous occupent une apparence paroxystique. La quantité de gaz érupté peut être énorme, mais dans ce cas il faut tenir compte de l'aérophagie qui est fréquente.

Quant aux symptômes objectifs on constate une distension de l'estomac, du clapotage gastrique.

Enfin il est des cas d'une gravité extrême où l'amaigrissement du malade, une véritable cachexie, pourraient faire naître l'idée d'un ulcère ou d'un cancer. Nous rappellerons brièvement la symptomatologie de ces deux lésions organiques de l'estomac, que peuvent simuler à s'y méprendre les fausses gastropathies.

Les malades atteints d'ulcère de l'estomac ont présenté pendant longtemps des pesanteurs après les

repas, des douleurs gastriques, de la flatulence, des éructations, de la sensibilité à la pression dans la région épigastrique. Il n'en est pas autrement chez les neurasthéniques qui deviennent des pseudogastropathes. Puis vont venir des paroxysmes douloureux, qui naissent sous l'influence de l'ingestion des aliments; ces paroxysmes s'accompagnent de vomissements, constitués par des aliments plus ou moins digérés. L'hématémèse est le seul symptôme de l'ulcère qu'on ne rencontre pas chez les faux gastropathes; cependant on a signalé des hématémèses hystériques. Alors le diagnostic devient d'une difficulté extrême, d'autant que l'état général est aussi atteint dans les deux cas. Les malades sont anémiés, affaiblis, amaigris. L'anémie se traduit par la pâleur, les vertiges, la tendance à la syncope, la céphalalgie, les névralgies sont très fréquentes; ce sont là autant de symptômes subjectifs que nous rencontrons chez les névropathes faux gastriques. Par le fait même de l'inanition, l'amaigrissement est extrême dans les deux cas.

S'agit-il d'une fausse gastropathie simulant le cancer, elle se présentera avec les mêmes symptômes fonctionnels; l'anorexie du névropathe peut très bien être élective comme celle du cancéreux; ce seront les mêmes phénomènes subjectifs de dyspepsie. Sauf les vomissements de sang, tous les autres peuvent être observés, même les eaux du cancer. Enfin la cachexie pourra revêtir tous les caractères de la cachexie d'une lésion organique; amaigrissement

progressif, teinte jaune paille, anémie intense. Mais là, nous le verrons au diagnostic, on trouve un bon élément différentiel. L'évolution du cancer qui a conduit le malade à cet état de cachexie, est rapide, même s'il y a des rémissions ; tandis que le faux, gastropathe, le faux cancéreux, pourrait-on dire peut vivre encore de longs mois malgré cet amaigrissement extrême.

DIAGNOSTIC

Pour faire le diagnostic des fausses gastropathies, nous envisagerons deux groupes de faits : d'une part ceux où l'association des symptômes n'est en rapport exact avec aucune affection classée de l'estomac ; d'autre part ceux où la symptomatologie revêt celle d'une lésion organique de l'estomac. En somme nous avons des cas où il est facile de déterminer la nature fonctionnelle des troubles gastriques observés, à condition qu'on y pense ; ce sont les troubles dyspeptiques des neurasthéniques, les phobies de l'estomac ; d'autres où la ressemblance est parfaite et le diagnostic difficile, ce sont les pseudo-gastropathies fonctionnelles, calquées sur les troubles des lésions organiques décrites de l'estomac.

Voyons d'abord le premier groupe ; sur quoi sera basé le diagnostic ? exclusivement sur l'interrogatoire du malade, dirons-nous avec MM. Déjerine et Gauckler. En effet toutes les diverses méthodes d'études que la médecine possède à sa disposition pour faire un examen précis de l'appareil digestif devront être rejetées ; l'exploration extérieure de l'estomac, aussi bien que le tubage, l'examen du contenu sto-

macal sont des investigations qui ne manqueront pas de frapper le malade. Celui-ci ne pensera pas en général que toutes ces manœuvres ont un but diagnostique, mais qu'elles sont destinées à préparer le traitement de sa maladie, ou qu'elles sont même déjà faites dans un but thérapeutique. La conviction d'une véritable maladie d'estomac se fera plus forte dans son esprit, si elle existait déjà ; et même ces pratiques peuvent créer une gastropathie fonctionnelle de toutes pièces. Donc avant de faire l'examen direct des fonctions de l'estomac, il faut chez tout malade qui se présente en se plaignant de ses fonctions digestives, lui faire subir un interrogatoire détaillé, songer d'abord à la nature fonctionnelle possible de ces troubles ; si celle-ci doit être rejetée, et ce ne sera que dans l'infime minorité des cas, alors seulement faire l'examen complet de l'estomac par les diverses méthodes en usage.

Si l'interrogatoire du malade doit être tout dans ce diagnostic, il s'agit de le pratiquer avec patience, conscience et douceur, car il importe pour faciliter le diagnostic comme pour diriger le traitement, d'inspirer confiance au malade dès les premières conversations.

Trop souvent, pour ne pas dire toujours, quand on interroge un gastropathe, on ne se préoccupe nullement de savoir quelle a été l'origine, l'occasion des troubles qui amènent le malade consulter. Le début de l'affection, l'apparition successive ou simultanée des symptômes, leur évolution dans la suite

sont les renseignements auxquels on se tient. Or, dans la classe de gastropathes qui nous occupe, le premier élément de diagnostic, le plus important même, c'est la cause de l'affection. Pourquoi, à quelle occasion, à la suite de quelles circonstances physiques ou morales, le malade a-t-il éprouvé les premiers troubles digestifs ? Nous savons avec quelle fréquence les fausses gastropathies se développent à la suite de causes morales ; si l'on trouve une telle origine aux troubles gastriques, ce sera une très grosse présomption en faveur de leur nature fonctionnelle. Mais les malades hésitent souvent à livrer ainsi les peines de leur âme, et ce n'est pas toujours au premier interrogatoire que l'on pourra connaître la véritable origine de leur affection gastrique. Le médecin devra s'armer de patience, renouveler ses questions, inspirer confiance, dans les conversations successives pour arriver à obtenir les confidences du malade sur les causes de sa gastropathie.

Mais que l'origine des troubles digestifs ait pu être trouvée ou non, on devra s'attacher ensuite pour faire le diagnostic aux caractères de la symptomatologie. Celle-ci présente une variabilité extrême, et ce sera là un nouvel élément différentiel. Dans les affections chroniques de l'estomac il existe des périodes d'accalmie et d'aggravation, auxquelles il est presque toujours impossible d'attribuer une cause. Dans les fausses gastropathies, au contraire, les troubles digestifs subissent l'influence de l'état mental du sujet ; survient-il un événement heureux, aussi

tôt s'amendent les symptômes, et cela tant que le malade reste sous le coup de son bonheur ; survienne un malheur quelconque, et le neurasthénique est toujours à l'affût des faits qui peuvent lui être défavorables, les phénomènes gastriques reprennent ou s'accroissent. Ces améliorations ou ces aggravations sont subites ; les symptômes subissent des modifications extrêmes : ils peuvent disparaître complètement du jour au lendemain, voire dans la même journée, et reparaitre aussitôt avec la même intensité, suivant le moral du malade, moral qui chez lui est sous la dépendance des plus petits événements.

Ce n'est que par un interrogatoire très attentif que le médecin arrivera à connaître cette variabilité de l'intensité des symptômes d'après l'état du moral. En même temps il se rendra compte de l'impressionnabilité et de la suggestibilité extrêmes du malade, qui le mettent à la merci du moindre événement de la vie journalière. C'est en conversant longuement avec le malade, en repassant avec lui sa vie passée, qu'on s'apercevra qu'il a toujours été un nerveux, c'est-à-dire un suggestible, un fatigable, un émotif et un sensible.

L'étude détaillée de la symptomatologie qu'offre le faux gastropathe donne encore d'autres éléments de diagnostic. C'est l'illogisme des sensations éprouvées, des troubles invoqués ; et d'autre part leur multiplicité. Ces malades ont déjà vu nombre de médecins, lu tous les articles de journaux concernant les maladies de l'estomac, parcouru les divers livres

de médecine populaire. Ils connaissent donc toutes les manifestations des diverses lésions stomacales classées ; toutes ils les ont ressenties un jour ou l'autre ; certaines les ont frappé plus que d'autres et ont été groupées par eux pour constituer leur maladie. Aussi l'abondance exagérée de cette symptomatologie, la réunion des signes classiques du cancer ou de l'ulcère, aussi bien que de la sténose pylorique et de l'hyperchlorhydrie ou de l'hypochlorhydrie, la coexistence de symptômes contradictoires doit mettre sur la voie du diagnostic.

Enfin les régimes paradoxaux que se sont créés ces malades doivent aussi éclairer le médecin sur la nature fonctionnelle de la gastropathie. Les uns digèrent les aliments réputés les plus lourds, mais qu'ils n'aimaient pas avant leur maladie, alors qu'ils pensent ne pas pouvoir supporter ceux des plats qui pour eux constituaient tous les plaisirs de la table. D'autres, mais ce sont les moins nombreux, se créent des régimes composés exclusivement de leurs mets de prédilection.

En résumé, le diagnostic de la nature fonctionnelle des troubles digestifs devra être basé sur la cause qui les a produites, sur la multiplicité extraordinaire des symptômes, leur évolution bizarre entrecoupée d'améliorations et d'aggravations sous la dépendance nette des événements journaliers, enfin sur la réunion de symptômes observés dans des affections de l'estomac essentiellement différentes. Ce sont là les principaux éléments du diagnostic, qui

est en général facile ; il suffit de penser à la possibilité d'une psychose gastrique pour savoir la dépister.

Mais le diagnostic peut être plus compliqué, du fait de l'influence des affections gastriques sur le système nerveux. Il peut exister une lésion organique de l'estomac, sur laquelle viennent se greffer des manifestations neurasthéniques ou hystériques ; les malades ont été des gastriques avant d'être des névropathes. Se baser sur l'étiologie, pourrait induire en erreur ; car on a cité des cas dans lesquels une émotion a pu provoquer une récurrence des symptômes de l'ulcère chronique de l'estomac, tantôt seulement des douleurs, tantôt même des hématemèses ; par quel mécanisme, c'est bien difficile à définir, mais le fait existe. Il faudra donc ici serrer de plus près l'interrogatoire, rechercher avec soin tous les symptômes révélateurs d'une cause organique, ulcération, gastrite, etc... Dans les fausses gastropathies, les malades ont été presque toujours des névropathes longtemps avant de devenir des gastriques ; ici l'ordre chronologique est renversé, comme le montre l'interrogatoire. Il faudra donc s'attacher particulièrement à rechercher quelle était la mentalité du sujet avant l'apparition de ses troubles gastriques, et nous connaissons les quatre grands stigmates des psychonévrosés : la suggestibilité, la sensibilité, l'émotivité, la fatigabilité. On arrivera ainsi sans grande difficulté à établir la véritable nature des troubles

gastriques, si importants à connaître pour le traitement.

En somme les cas véritablement difficiles à différencier rentrent tous dans les pseudo-gastropathies, celles qui revêtent la symptomatologie d'une lésion organique. Ici ce sont les symptômes spécifiques des vraies gastropathies qui feront le diagnostic, car ils manquent chez les faux gastriques. De plus l'évolution est toute différente, étant beaucoup plus longue dans les pseudo-gastropathies fonctionnelles.

Si dans ce groupe, le diagnostic est beaucoup plus délicat, c'est qu'aux symptômes gastriques vient s'ajouter une cachexie extrême. L'état général est très atteint par suite de l'inanition prolongée. Les malades en effet à force de s'examiner, de se surveiller, de s'autosuggestionner, finissent par se mettre à des régimes extraordinairement restreints ; pour peu que leur état se prolonge pendant des mois, ou ce qui n'est pas rare, pendant des années, ils arrivent à devenir de véritables squelettes. Aussi rien d'étonnant à ce que l'idée d'un ulcère, d'un cancer, vienne à l'esprit du médecin. Mais un fait vient de suite mettre en garde contre ce diagnostic de cancer, c'est la longueur de l'évolution. L'absence des signes spécifiques du néoplasme n'est pas suffisante à elle seule pour en faire rejeter l'existence, car combien de cancers restent latents ; tandis que la longue durée de l'affection est absolument incompatible avec

l'hypothèse d'une tumeur. Et si nous voyons des gastropathes malades depuis des années, nous devons aussitôt penser à la nature fonctionnelle de l'affection du fait de la lenteur de la marche.

« Du reste, dirons-nous avec MM. Déjerine et Gauckler, nous ne sommes pas toujours à l'heure actuelle en mesure de définir nettement les limites qui séparent les gastropathies fonctionnelles des gastropathies que l'on est convenu de considérer comme organiques. A ce dernier groupe appartiennent de toute évidence les lésions néoplasiques, l'ulcère de l'estomac, la gastrite médicamenteuse, la gastrite alcoolique, les sténoses pyloriques et sous pyloriques de toutes origines.

Mais parmi les malades qui sont classés comme souffrant de gastrites ou de dyspepsies, combien d'entre eux sont-ils de purs névropathes ? Il est bien certain que le nombre de faux gastropathes est considérable par rapport à celui des malades réellement atteints d'une affection organique de l'estomac... »

En tout cas il est certain que bien des malades traités pendant longtemps comme gastriques ou dyspeptiques, ont été guéris par la psychothérapie, qui fut ainsi la pierre de touche pour le diagnostic.

TRAITEMENT

Il nous reste à exposer le traitement auquel on doit soumettre les faux gastropathes. Ceux-ci, nous pensons l'avoir suffisamment démontré, sont des psychiques ; or, bien plus encore en matière de psychonévrose qu'en médecine interne, il faut se souvenir que nous ne soignons pas des maladies, mais des malades, c'est là le principe qui doit diriger le traitement ; nous sommes donc amenés à traiter ces malades par une méthode psychique, ce sera la psychothérapie.

En matière de psychonévrose, nous ne saurions trop le répéter, le symptôme, pour singulier soit-il, n'est rien, l'état mental est tout. On n'est pas hystérique pour avoir une paralysie, ni neurasthénique pour être hypersuggestible. C'est cette hypersuggestibilité à laquelle il faut s'attaquer et qu'il faut atteindre. A maladie psychique, il faut traitement psychique ; de même que l'éducation rationnelle consiste à dégager peu à peu l'esprit de l'enfant des limbes de la suggestibilité primitive, de même toute bonne thérapeutique mentale fera effort contre l'hypersuggestibilité et s'attachera à la culture de la sensibi-

lité, de la raison et de la volonté, à la psychothérapie.

Que la psychothérapie existe, nul ne fait difficulté de l'admettre. Où elle commence, où elle finit, sont des points beaucoup plus discutés.

Un médecin averti, considérant et la nature du remède qu'il donne et la nature de la maladie, pourra ne voir dans la guérison que le résultat d'une action psychique de la prescription donnée, d'une suggestion inconsciente. Un autre convaincu de la puissance du remède qu'il applique chez son malade, conclura de la guérison à l'efficacité du remède. Ainsi suivant l'esprit avec lequel on envisage la question, on peut donc trouver la psychothérapie là où elle semble absente et la nier là où elle existe.

Mais où tout le monde est d'accord, c'est quand on guérit un malade par l'hypnotisme, par la suggestion à l'état de veille ; sur ce point pas de discussion possible, c'est bien de la psychothérapie. Mais peut-on affirmer que la psychothérapie est toute dans la suggestion consciente ou inconsciente ? Avec MM. Déjerine, Camus et Pagniez (1), nous répondrons non ; la psychothérapie comprend la suggestion consciente et inconsciente dans l'hypnose et à l'état de veille, directe et indirecte, mais de plus l'auto-suggestion raisonnée et la psychothérapie par persuasion, par raisonnement. Avec ces auteurs nous

1. D^{rs} Jean Camus et Philippe Pagniez. *Isolement et Psychothérapie.*

dirons : « Qu'on doit considérer la psychothérapie (médecine de l'esprit), comme l'ensemble des moyens par lesquels nous agissons dans un but de guérison sur l'esprit du malade ou sur le corps malade, par l'intermédiaire de l'esprit. »

Historique

Il ne faudrait pas croire que la psychothérapie est née d'hier ; dès les premiers âges du monde elle existait, faite sans doute inconsciemment, mais elle était. Nous allons donc passer en revue rapidement les phases par lesquelles cette méthode de traitement a passé, avant d'être réglée dans ses pratiques médicales comme elle est aujourd'hui.

Quoique la psychothérapie soit une, nous en esquisserons l'évolution pour chacune de ses principales formes. Nous étudierons, suivant en cela le bel ouvrage de MM. Camus et Pagniez (1), d'abord la psychothérapie par les remèdes, puis la psychothérapie par le merveilleux, ensuite l'hypnotisme et la suggestion, enfin la psychothérapie par persuasion.

Psychothérapie par les remèdes ou les pratiques merveilleuses. — La suggestion par la thérapeutique médicamenteuse est de tous les âges.

C'est Hippocrate qui dans son *Traité des maladies*

1. *Loc. cit.*

des femmes déclare que toute espèce de lichen est enlevé par la dépouille de la vipère.

C'est Alexandre de Tralles, que Kurt Sprengel (1) considère comme un des auteurs les plus estimables de son siècle (v^e), qui vante le castoréum dans une foule de maladies.

Au commencement du xiv^e siècle, Jean Gaddosden, professeur de médecine à Oxford, prétend avoir guéri un homme aveugle depuis vingt-cinq ans, en faisant usage d'une infusion de fenouil et de persil dans le vin.

Les plus beaux exemples de suggestion médicamenteuse de psychothérapie inconsciente nous sont fournis par le succès de ces remèdes fameux : la thériaque, le bézoard, l'antimoine, qui ont guéri quelquefois pendant des années et même des siècles, jusqu'au jour où on s'est avisé de leur inanité.

Nous ne multiplierons pas ces exemples de suggestion médicamenteuse qui fourmillent à toutes les époques. Ce sont les médecins qui donnent à bien des médicaments leur efficacité, et leurs bons effets persistent aussi longtemps que la foi des médecins et des malades en leur vertu.

Psychothérapie par le merveilleux. — L'histoire est remplie de faits de guérisons vraies ou prétendues, pour lesquelles la nature des moyens mis en œuvre ne laisse pas douter qu'elles relèvent unique-

1. Kurt Sprengel. *Essai d'une histoire pragmatique de la médecine*. Traduction française de Geiger, 1809. T. II, p. 237.

ment de la suggestion. Mais la psychothérapie par le merveilleux n'a été médicale que par occasion, aussi passerons-nous rapidement sur son historique.

C'est surtout dans les temples que la foi qui guérit s'est d'abord manifestée dans l'antiquité. Ainsi en Egypte les malades allaient coucher dans les temples d'Isis afin que l'oracle leur révélât pendant leur sommeil les moyens qu'ils devaient mettre en usage pour obtenir leur guérison.

En Grèce existaient des pratiques de ce genre, car la médecine fut cantonnée d'abord dans les temples d'Esculape et pratiquée par les prêtres.

Au moyen âge ce sont les moines qui opèrent les guérisons, sur les tombeaux des martyrs ou avec le secours des reliques.

Au ^x^e siècle les rois d'Angleterre et de France prétendirent jouir du pouvoir miraculeux de guérir le goitre et les écrouelles par simple attouchement.

En dehors des rois, le pouvoir curateur a été réclamé de tous temps par des hommes qui, ou bien se considéraient comme saints, ou se croyaient en possession de connaissances rares et mystérieuses, quand ils n'étaient pas beaucoup plus simplement des imposteurs, et dont la liste commence avec Simon le magicien pour se poursuivre ininterrompue jusqu'à nos jours.

Puis vient la psychothérapie par le magnétisme. Au début du ^{xvii}^e siècle on bataille sur son existence,

sa nature, avec Glöcenius, Van Helmont, Robert Fludd.

A la fin du XVIII^e siècle avec Mesmer reparait la théorie du fluide universel. Mais les commissions nommées en 1784, composées de membres de l'Académie des Sciences, de la Faculté et de la Société de Médecine, concluent à la non-existence du magnétisme animal, et que les effets nerveux observés pouvaient être expliqués par trois causes, les attouchements, l'imitation, *l'imagination*.

En somme dans la psychothérapie par le merveilleux on a guéri par les attouchements, les passes, le regard, les paroles, les talismans, les amulettes, les aimants, les songes, et nous dirons, on guérit encore par les mêmes moyens. Si le sorcier à notre époque a surtout élu domicile dans les campagnes, c'est seulement parce qu'il a dû reculer devant la vogue du charlatan qui ne vend plus d'orviétan ou de bézoard mais des ceintures électriques.

Psychothérapie par l'hypnotisme. — Le traitement par l'hypnotisme est de date infiniment plus récente. C'est un élève de Mesmer, le marquis de Puységur, qui produisit la première fois le sommeil hypnotique par hasard.

Braid est le premier médecin qui se soit occupé d'expériences scientifiquement conduites sur l'hypnotisme. En 1842 il publie son *Essai pratique sur l'action curative de l'hypnotisme*. Jusqu'en 1860, Braid par des conférences cherche à propager ses idées. Mais malgré les recherches sur l'hypnotisme expéri-

mental dues à Azam, Demarquay et Giraud-Teulon, à Mesnet, l'enseignement de Lasègne, l'article de Mathias Duval, le mémoire de Richet, les applications thérapeutiques de l'hypnotisme restent très rares.

En 1866 Liébeault publiait un ouvrage *sur le sommeil provoqué et les états analogues*. Ses idées qu'il fut d'abord seul à appliquer à la thérapeutique, dans sa clinique de Nancy, furent adoptées et développées vers 1884 par Liégeois, Beannis, Bernheim. C'est ce dernier surtout qui par son enseignement et ses publications contribua à mettre en évidence le rôle de l'hypnotisme en thérapeutique.

Pendant que l'école de Nancy instituait la psychothérapie par suggestion hypnotique, Charcot employait aussi la suggestion comme procédé de traitement des manifestations hystériques, et avec lui Mesnet, Proust, Paul Richer, Ballet, Babinski, Dumontpallier, Grasset ont montré par leurs publications ce que peut donner la suggestion hypnotique dans le traitement des paralysies et des contractures.

L'Ecole de la Salpêtrière a adopté avec quelques restrictions la thérapeutique par suggestion hypnotique. Mais l'accord n'est pas fait en ce qui a trait à la nature de l'hypnotisme, qui pour les uns reste selon la doctrine de Charcot une sorte de maladie, qui pour les autres est un phénomène presque normal, voisin du sommeil naturel. Tous admettent la valeur curative de la suggestion hypnotique, mais beaucoup lui reconnaissant des inconvénients en restreignent considérablement les indications. Citons

e article de Pierre Janet : « Traitement psychologique de l'hystérie ». *Traité de thérapeutique* de Robin.

Enfin Sollier : *L'hystérie et son traitement*, 1901.

Psychothérapie par la suggestion à l'état de veille. — Apollonius de Tyane « regardait la pratique de la médecine comme une qualité nécessaire au vrai sage, mais disait qu'il faut constamment traiter l'âme en même temps que le corps ».

Esculape montra qu'on peut guérir beaucoup de maladies uniquement par l'effet de la secousse qu'on imprime au moral.

Arnauld de Villeneuve, professeur à Barcelone à la fin du xiii^e siècle, était d'avis qu'on « doit aussi savoir tirer parti des passions du malade, capter sa confiance et allumer son imagination (1) ».

Braid avait bien vu et décrit les suggestions à l'état de veille, mais ne parle pas d'applications thérapeutiques.

De même Hack-Tuke dans son livre *Le corps et l'esprit* (2).

Il faut arriver à l'école de Nancy pour qu'avec la théorie de la suggestion s'établisse une thérapeutique réglée. Liébeault et Bernheim en furent les promoteurs.

Psychothérapie par persuasion. — De tout temps

1. Cité par Kurt Sprengel.

2. Hack-Tuke. *Le corps et l'esprit. Action du moral et de l'imagination sur le physique*. Paris, 1886. Traduction.

l'homme a senti le besoin d'une direction morale donnée par un autre. On en trouve déjà l'indication dans la Bible. La psychothérapie par persuasion est d'une existence très ancienne ; ses origines sont extra-médicales. Ce sont dans l'antiquité les directeurs de conscience à Rome, qui ne sont autres que des philosophes.

Les œuvres de Sénèque, surtout ses *Lettres à Lucilius* (1), montrent qu'il n'était pas seulement un philosophe capable de guider ses disciples dans la voie du bien, mais qu'il savait aussi traiter psychiquement les maladies que ses clients soumettaient à son appréciation.

Plus tard dans la religion catholique nous retrouvons ces directeurs de conscience ; les saint François de Sales, les saint Ignace de Loyola dirigent les intérêts spirituels de leurs fidèles.

Après les directeurs de conscience, nombre de philosophes et de moralistes ont étudié la psychothérapie par persuasion. Nous citerons seulement Descartes, Malebranche, Pascal.

Quant aux origines médicales de la psychothérapie par persuasion, elles sont beaucoup moins anciennes.

Nous avons déjà cité Galien, Apollonius de Tyane, qui reconnaissaient la grande influence exercée par le moral sur le physique, et recommandent de soigner l'âme en même temps que le corps.

1. Sénèque. *Lettres à Lucilius*. CIV et LXXVIII.

Celse (1) recommande de soigner le malade par la gaieté.

C'est à la fin du XVIII^e siècle et au commencement du XIX^e que l'on voit éclore toute une littérature consacrée à la médecine de l'esprit, au traitement moral des maladies. Mais on ne distingue pas encore les affections purement psychiques pour leur attribuer une thérapeutique spéciale.

C'est ainsi que M. Camus publie la *Médecine de l'Esprit* en 1753, ouvrage surtout littéraire.

Pomme (2) proclame que l'indocilité des hystériques est toujours relative à la timidité du médecin qui ne sait pas se faire obéir.

Mais Pinel (3) le premier institue le traitement moral, tirant une application pratique de toutes les maximes générales énoncées avant lui. C'est avec lui que commence véritablement la psychothérapie par persuasion, malheureusement il ne traite que des aliénés, et des aliénés en voie de guérison, son traitement moral ne fait que hâter cette guérison.

Esquirol, interne de Pinel à la Salpêtrière, puis en 1811 médecin de cet hôpital, reprend les idées de son maître, publie : *Maladies mentales, considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*.

1. Celse, lib. I, lib. III.

2. Pomme. *Traité des affections vaporeuses des deux sexes*, 1769.

3. Pinel. *Recherches et observations sur le traitement moral des aliénés*, 1809.

Lasègue, en 1847, pose les principes d'une psychothérapie véritable (1). Il propose deux méthodes, la méthode raisonnante et la méthode sentimentale.

Malgré cela les auteurs qui suivent, tout en affirmant l'utilité d'une médecine morale, d'une thérapeutique psychique, n'en déterminent pas le mode et n'en posent pas les indications. Ainsi le baron de Feuchtersleben (2) écrit *L'hygiène de l'âme*, qui eut un énorme succès, mais qui est plutôt un recueil de pensées qu'un traité à l'usage du médecin.

Un médecin anglais, Playfair, puis Weir Mitchell, sont les promoteurs du traitement par le repos au lit et l'isolement dans les cas d'hystérie et de neurasthénie graves avec amaigrissement considérable, tendance à la cachexie. En France c'est Charcot qui préconise ce mode de traitement. Mais ils ne traitent pas l'état mental, et si les succès sont nombreux, ils sont souvent éphémères et les rechutes sont fréquentes.

Enfin c'est surtout aux professeurs Dubois de Berne (3), et Déjerine, de Paris (4) que l'on doit une

1. Lasègue. Quelles sont les principales méthodes de traitement moral. *Ann. médico-psychol.*, 1847.

2. Baron de Feuchtersleben. *Hygiène de l'âme*, trad. par Shlesinger. Paris, 1853.

3. Dubois (de Berne). *Ueber traumatischen Neurosen*, 1891.

Des troubles gastro-intestinaux du nervosisme, *Rev. de Méd.*, 1908.

L'esprit et le corps. Paris 1901. — *Les Psychonévroses et leur traitement moral*, 1905.

4. Déjerine. *Le traitement des psychonévroses à l'hôpital par isolement*. — *Revue neurologique*, 1902, p. 1145.

psychothérapie « basée sur le raisonnement, la persuasion, appuyés par une discipline ferme mais bienveillante » : c'est par cette méthode qu'ils obtiennent déjà depuis bien des années, des guérisons autrement complètes et stables que par l'hypnotisme et la suggestion dont ils ont compris tous les inconvénients.

Ainsi nous avons vu la psychothérapie naître comme la médecine elle-même, d'abord apanage des prêtres et des philosophes, avec la suggestion par le merveilleux, avec la persuasion. La psychothérapie fut d'abord réalisée par la suggestion médicamenteuse, et la suggestion par le merveilleux. Puis est venue la psychothérapie par l'hypnose d'où est née la suggestion à l'état de veille. Enfin aujourd'hui la psychothérapie fait appel à la raison et nécessite la collaboration du malade.

Telle est la psychothérapie, telle fut son évolution ; pourquoi doit-on appliquer cette méthode aux faux gastropathes ? pourquoi dans le traitement de ces malades doit-on abandonner la thérapeutique médicamenteuse ? C'est à ces deux questions que nous devons répondre maintenant.

En un mot nous répondrons à la première ; les faux gastropathes sont des psychiques, et c'est pour ce seul motif qu'ils doivent être traités par la psychothérapie, celle-ci devra être le seul traitement, toujours pour cette même raison, que ce sont des psychiques.

A l'origine des gastropathies fonctionnelles l'état

mental du sujet est en cause ; ce qui les caractérise, ce n'est pas la particularité des symptômes mais avant tout l'hypersuggestibilité dont les symptômes ne sont que des manifestations occasionnelles.

C'est par auto-suggestion que les neurasthéniques deviennent des gastriques, il est donc juste d'admettre que par suggestion leurs symptômes doivent disparaître. Par conséquent, étant donné que toute thérapeutique est plus ou moins suggestive toute thérapeutique pourra triompher des symptômes névropathiques ; mais inversement cette même thérapeutique pourra au contraire les aggraver.

Toute prescription développe en effet chez le malade la conviction que les troubles éprouvés ont un fondement et que le remède est de nature à les faire disparaître. Ce sont là deux suggestions proposées au malade, laquelle choisira-t-il ?

Dans les cas qui nous occupent il n'y a pas de doute, presque toujours le gastropathe verra dans les remèdes qu'on lui administre la démonstration de l'existence de son affection gastrique ; il faut bien qu'il ait quelque chose puisque le médecin multiplie ses prescriptions. Ainsi les remèdes fixent davantage l'estomac dans l'esprit du malade, plus il se drogue plus il souffre, car plus il pense à son mal, et plus il le croit légitime. Nombreuses sont les observations qui montrent la justesse de cette assertion ; nombreux sont les malades que l'impitoyable administration de remèdes symptomatiques a entretenu dans leurs gratropathies. La thérapeutique médicamenteuse,

quand elle agit dans ces cas, le fait par suggestion ; elle est donc inutile quand elle n'est pas nuisible, aussi doit-elle être rejetée complètement en matière de psychonévroses gastriques.

Mais si la psychothérapie par suggestion médicamenteuse doit être rejetée, deux autres méthodes viennent immédiatement à l'esprit, car toutes deux utilisent l'hypersuggestibilité du malade, ce sont : l'hypnotisme et la suggestion à l'état de veille.

Une raison primordiale condamne immédiatement l'emploi de l'hypnotisme dans le traitement des psychoses gastriques. L'hypnose en effet n'est pas considérée par tous les auteurs, loin de là, comme une méthode inoffensive ; on ne sait pas encore si elle ne constitue pas un état pathologique ; il est donc au moins paradoxal de recourir contre des symptômes morbides à des procédés suspects eux-mêmes de nuire au bon fonctionnement des facultés mentales.

Quant à la suggestion à l'état de veille, elle ne présente pas ces inconvénients. Mais avant d'aller plus loin, il nous faut donner une définition de ce mot suggestion. Ici encore les opinions des auteurs sont bien différentes. Voyons son véritable sens dans la langue française.

Littre (1) lui donne deux sens, un premier sens

1. Littre. *Dictionnaire de la langue française*. Hachette 1878, t. II, p. 2072 et *Petit Dictionnaire* du même auteur. Hachette, 1876, p. 815.

d'insinuation mauvaise et deuxième un sens plus rarement employé, d'insinuation bonne. Il insiste sur ce point que « suggestion exprime quelque chose qui s'insinue ». Au mot insinuation il spécifie davantage. « Celui qui suggère, dit-il, fait l'office d'inspirer quelque chose à quoi on ne songeait pas. » Inspirer, c'est « souffler dans » « souffler dans le cœur, dans l'esprit », « faire naître dans le cœur, dans l'esprit quelque mouvement, dessein ou pensée. »

Voyons maintenant la définition donnée par les médecins et les psychologues.

« Je définis la suggestion, dit Bernheim (1), dans le sens le plus large ; c'est l'acte par lequel une idée est introduite dans le cerveau et acceptée par lui ».

...« Quelle que soit la porte d'entrée de l'idée dans le centre psychique, tantôt elle est transmise directement et le rôle premier du cerveau se borne à l'accepter ; telle est l'idée communiquée par la parole, l'enseignement, la prédication, la persuasion : l'idée est comprise dans la sensation, c'est la suggestion directe. Tantôt, au contraire, l'idée est créée par le cerveau à la suite de l'impression reçue : c'est la suggestion indirecte. Ici intervient le rôle indirect de chaque cerveau. »

« Le mot suggestion, dit Babinski (2), doit donc impliquer que l'idée qu'on cherche à insinuer est

1. Bernheim. *Hypnotisme. Suggestion. Psychothérapie*. Doin 1903.

2. Babinski. *Revue de Neurologie*. Novembre 1901, p. 175.

déraisonnable. En effet si l'on ne donnait pas à ce terme ce sens spécial, il serait synonyme de persuasion ; c'est cette confusion du reste que l'on commet quand on prétend obtenir des guérisons par suggestion. Déclarer à un malade atteint d'une paralysie psychique que ce trouble est purement imaginaire, qu'il peut disparaître instantanément par un effort de volonté, et obtenir ainsi la guérison, n'est pas une suggestion, bien au contraire, car l'idée émise loin d'être déraisonnable est éminemment sensée ; le médecin en agissant ainsi, loin de chercher à suggestionner le malade, tend à annihiler la suggestion ou l'auto-suggestion cause de la maladie. Il n'agit pas par suggestion mais par persuasion. »

Nous n'entrerons pas dans la discussion de ces définitions, mais nous nous contenterons de prendre celle donnée par MM. Camus et Pagniez (1) : « la suggestion est l'acte par lequel une idée bonne ou mauvaise est introduite dans le cerveau d'un individu sans son contrôle. »

Ainsi définie, voyons comment agit la suggestion à l'état de veille. Cette méthode s'adresse directement, sincèrement à la suggestibilité du sujet par la simple affirmation. Elle ne semble donc point répréhensible dans le traitement des psychonévroses, puisqu'elle ne tend pas comme l'hypnose à fausser l'esprit des malades. Mais à la suggestion à l'état de

1. Camus et Pagniez, p. 171. *Loc. cit.*

veille nous pouvons faire les mêmes reproches qu'à l'hypnotisme. Ces deux méthodes s'adressent l'une et l'autre à la suggestibilité du sujet ; elles amènent la domination d'un individu par un autre, annihilent ses fonctions psychiques supérieures, exaltent ses fonctions automatiques et même pour Grasset le mettent en état d'hypnose partielle. Le malade sans doute peut guérir, mais il guérira des symptômes particuliers que son hypersuggestibilité, les circonstances aidant, avait provoqués ; mais son état mental reste le même ; il est toujours un suggestible, un sensible, un émotif et un fatigable. Bien au contraire sa suggestibilité même sort renforcée du traitement, puisque c'est à elle seule que le traitement fait appel. Le malade est guéri pour le moment, mais il est sous le coup de nouveaux symptômes et de nouveaux états psychopathiques, son état mental, cause première de son affection, n'étant pas modifié.

En un mot toutes ces méthodes thérapeutiques, médicamenteuse, hypnotique, suggestive, ne traitent que le symptôme. Nous ne nierons pas que par elles, surtout par la suggestion, on puisse faire accomplir des actes multiples et faire disparaître un grand nombre de symptômes. Mais faire disparaître un symptôme morbide, ce n'est pas guérir la maladie, et comme le dit Gilles de la Tourette à propos des anorexiques : « manger par suggestion ce n'est pas manger ; un malade ne s'alimente pas par la suggestion, on l'alimente ». C'est que par suggestion on accomplit seulement un mouvement et non un acte,

auquel participe tout l'individu. En effet, suivant Binet et Féré (1) : « Les actes se composent non seulement de mouvements, mais de sensations et de perceptions, de raisonnements, de réflexions et de volonté ; l'acte est une sorte de résultante dans laquelle convergent toutes les fonctions intellectuelles morales et motrices de l'individu. »

La suggestion détermine un mouvement et non un acte. Voyons si un autre procédé permet d'obtenir les conditions réclamées par Binet et Féré pour faire accomplir des actes réels à des malades qui en sont incapables. Ce procédé existe c'est la persuasion. C'est par la persuasion que la psychothérapie actuelle guérira les faux gastropathes, et les psychonévroses en général.

En quoi consiste donc cette psychothérapie par persuasion, et comment agit-elle ?

A l'inverse de l'hypnotisme et de la suggestion à l'état de veille, cette psychothérapie ne se permet jamais de ces affirmations brutales et impératives qui pénètrent la conscience sans intéresser la raison, elle les tient pour inutiles, malsaines et contraires à son but. Son principe fondamental est de considérer le malade comme un être raisonnable auquel nous devons les motifs de nos paroles et de nos actions. Il faut le mettre à même de juger le bien fondé de nos affirmations en lui en fournissant toujours la preuve ; rien ne lui doit être dit qui ne puisse être

1. Binet et Féré. *Le Magnétisme animal*, 1887.

justifié. Or les causes qui nous paraissent bonnes sont celles que nous plaçons le mieux ; pour pouvoir toucher autrui nos arguments doivent d'abord nous toucher nous-mêmes. Pour faire donc appel utilement à la raison de ses malades il faut ne leur jamais proposer que du vrai. La psychothérapie se trouve ainsi par sa nature et son principe même, supposer l'absolue sincérité du psychothérapeute, dont l'essentiel devoir est de se prendre à ses propres raisonnements. La puissance d'action du médecin dépend de la profondeur de la conviction ; mais pour qu'elle soit profonde, il faut qu'elle soit sincère.

Nous connaissons maintenant la méthode de traitement que nous devons appliquer aux faux gastropathes ; mais voyons quelles sont les conditions à remplir pour la pratiquer, et pour obtenir les résultats que l'on doit en attendre, enfin comment nous l'appliquons aux faux gastropathes.

Le premier point doit être un examen clinique attentif et sérieux, nécessaire pour assurer le diagnostic, indispensable pour convaincre le malade qu'on ne lui parle de son état qu'en connaissance de cause. Nous avons vu en traitant du diagnostic quelles sont les précautions à prendre quand il s'agit d'examiner un faux gastropathe ; on devra laisser de côté tous les procédés de diagnostic, repas d'épreuve, tubage, examen du suc gastrique, radioscopie, etc... qui confirment les malades dans leurs convictions morbides et se baser sur l'interrogatoire.

D'ailleurs celui-ci est suffisamment significatif en général pour qu'il ne soit besoin, avant d'en vérifier les données, que d'un examen rapide des organes principaux. Le psychothérapeute doit donc posséder des connaissances médicales étendues pour pouvoir affirmer son diagnostic ; mais il ne suffit pas d'être docteur en médecine pour réussir par la psychothérapie, il faut être médecin dans toute la force du terme. Celui-là réussira qui a pris l'habitude de ne pas séparer la thérapeutique psychique de la thérapeutique physique.

Les qualités physiques du médecin l'aident peut-être dans certains cas, mais elles doivent être doublées de qualités intellectuelles et morales : « Puisque je parle, dit le Professeur Bouchard (1), des sollicitations nerveuses utiles je puis bien dire que le médecin doit être une occasion de réactions nerveuses salutaires. Comme la quiétude, le contentement, la confiance est un auxiliaire puissant dans la lutte contre la maladie, la confiance grâce à laquelle une parole d'encouragement fait naître l'espoir, puis donne la certitude de la guérison. Cette confiance il faut que le médecin sache l'inspirer à son malade ; il n'a pas besoin pour cela de prescience ni de prestige ; il lui suffit d'être instruit, attentif et bienveillant. »

Le médecin pour réussir doit être patient et bon,

1. Bouchard. Préface du *Manuel de thérapeutique de Berlioz*.

il doit s'intéresser à la psychologie et aux malades, être convaincu de l'efficacité de la méthode.

La confiance du malade est indispensable pour la psychothérapie, qui suivant le professeur Brissaud « exige de la part du malade une dose de confiance dont la durée fait tout le prix. Le médecin pour l'imposer, n'a de meilleure ni d'autre ruse que son entière sincérité » (1).

Après avoir conquis la confiance du malade, le médecin devra obtenir de lui une autre condition capitale de succès, l'attention. Pour cela le médecin s'inspirera des procédés employés par tous ceux qui ont eu besoin de fixer l'attention, les orateurs, les professeurs, les écrivains, etc.

Pendant le premier examen médical et pendant l'interrogatoire, le médecin devra se souvenir de ces préceptes. Si donc le malade n'a rien, il n'hésitera pas à lui affirmer qu'il n'a rien. Si au contraire les symptômes se sont pour ainsi dire cristallisés autour d'un noyau organique le médecin dès le premier jour devra expliquer au malade non seulement ce qu'il a réellement, mais aussi comment ce qu'il a n'est rien auprès de ce qu'il éprouve et comment ce qu'il éprouve a dans ce qu'il a son prétexte et non sa cause. Fort de ce qu'il a observé et de sa propre conviction, le médecin conclut en affirmant solennellement au malade la guérison : il faut, il doit

1, Brissaud. *Traité de Médecine de Brouardel et Gilbert*, article « Neurasthénie ».

guérir, son salut est entre ses mains, il dépend de lui de guérir ; le médecin peut l'aider de ses conseils et de son expérience mais non de ses remèdes, car il n'y a d'autres remèdes contre son mal que la confiance, le bon sens et la bonne volonté.

Dans les hôpitaux ces affirmations ont beaucoup plus d'influence sur l'esprit du malade qu'en clientèle privée, car elles sont faites en présence d'une nombreuse assistance ; et les malades comprennent fort bien que même dans un but thérapeutique le médecin de l'hôpital ne se risquerait pas à compromettre publiquement sa réputation de clinicien ; puisqu'il affirme la guérison c'est qu'il en est convaincu. En dehors de ce cas particulier, c'est uniquement dans la confiance du malade que le médecin devra trouver le succès de ses explications et de ses affirmations. Nous voyons donc combien il est important de savoir inspirer dès l'abord confiance au malade.

Quand on arrive aux accidents qui ont provoqué l'intervention médicale, l'interrogatoire doit se faire plus minutieux encore et plus précis ; nous en avons déjà parlé au diagnostic mais nous ne craignons pas d'y revenir étant donnée son importance. Presque toujours à l'origine de la gastropathie fonctionnelle, est une cause morale ; aussi le médecin doit-il recourir à toutes les ressources d'une sympathie éclairée pour se faire dire ce qu'il a besoin de savoir. Souvent un premier entretien ne suffit pas pour arriver à la vérité, car la confiance n'est pas suffisante ; le malade avant de se livrer veut savoir à qui il a affaire.

Si l'on connaît la cause il faudra encore chercher à savoir quelle est la série de raisonnements, de déductions que le malade a échafaudés sur elle, quelle part, quelles conséquences il lui reconnaît dans la genèse et dans la persistance des accidents. Le médecin montrera beaucoup de patience et de bienveillance en écoutant complètement l'exposé de toutes ces conceptions plus ou moins bizarres, dont la puérilité est parfois telle que la malade sourit en les lui disant. Le médecin fera voir au malade comment les troubles éprouvés par lui ont suivi dans leurs oscillations la même courbe que ses états émotifs. Le malade ne manque pas d'être frappé de ce parallélisme ; il sent, il comprend maintenant où est l'origine de tout le mal ; c'est lui-même qui, amoindri dans sa raison et sa volonté par des émotions plus ou moins légitimes, a laissé se fixer en lui des sensations naturellement éphémères.

Cependant il est des malades qui ne se laissent pas ainsi convaincre, soit qu'ils aient déjà consulté de nombreux médecins, soit qu'ils aient lu des livres de médecine. Même alors il est toujours possible de combattre ces opinions par les mêmes raisons médicales qui les avaient fait admettre.

Surtout, ne jamais prononcer le mot de « maladie imaginaire » en psychothérapie ; car les malades se persuaderaient qu'ils ne sont pas compris, et le traitement ne serait plus possible. Tous les malades, au contraire, admettent facilement l'influence du

moral sur le physique, et sont prêts à écouter et à croire le médecin sur ce sujet.

C'est ainsi que peu à peu par des entretiens successifs, dans lesquels le médecin doit toujours conserver la direction de la conversation, le malade est amené de lui-même à reconnaître l'inanité de ses idées sur sa maladie, et à comprendre la genèse exacte des troubles qu'il a éprouvés.

Jusqu'ici nous n'avons, en somme, fait appel qu'à la raison du malade, c'est ce que Lasègue appelait la méthode raisonnante. Mais le médecin ne doit pas s'en tenir à ce seul moyen. Dans les conversations qu'il aura avec son malade, il doit tenir compte de son caractère, de son degré d'instruction, et il se rappellera ce précepte de Pascal : « L'art de persuader a un rapport nécessaire à la manière dont les hommes consentent à ce qu'on leur propose et aux conditions des choses qu'on veut faire croire. » Donc la persuasion devra agir suivant des règles éminemment variables d'après les sujets. M. Déjerine tient que la psychothérapie peut et doit faire largement appel au sentiment, tandis que M. Dubois veut qu'elle soit avant tout rationnelle ; mais aucun des deux promoteurs de la psychothérapie par la persuasion, n'est exclusif.

Non seulement on devra faire appel à la raison mais encore au sentiment. Dès que le malade sait que son mal est tout moral, on doit lui faire voir le côté consolant de ces constatations ; si le mal est tout moral, il est donc réparable ; car pour le guérir

il suffit de vouloir. Cette guérison, il peut, il doit la vouloir : la société, sa famille et lui-même y sont directement intéressés, c'est son bonheur, celui de tous les siens qu'il a aujourd'hui entre les mains ; va-t-il le compromettre par sa veulerie et son impuissance ? Il n'en a pas le droit. Par cet appel aux sentiments les plus légitimes et les plus sains, le médecin éveille dans l'esprit du malade un ardent désir de guérir, une émotion naturelle et salutaire, sans laquelle les plus raisonnables propos demeurent à l'état de projets. Cette dialectique sentimentale, quoi qu'on en puisse d'abord penser, est bien souvent nécessaire, car ces malades sont dans un état de nonchalance et d'apathie morales contre lequel le médecin doit lutter inlassablement ; seuls guérissent les malades qui ont le ferme désir de la guérison.

Puis utilisant les habitudes et les convictions morales du malade, le médecin l'invite à se reprendre ; maintenant qu'il connaît où et comment les caprices de sa sensibilité morale et physique l'ont conduit, le malade doit désormais résister à ses suggestions malsaines ; les symptômes qu'il éprouve n'ont que l'importance que ses inquiétudes lui donnent, ils disparaîtront graduellement du jour où il ne s'en inquiètera plus.

Mais il faut que le malade sache tirer du passé les enseignements qu'il comporte ; et pour éviter toute récidive on devra lui montrer comment il doit modifier sa mentalité ; il faut désormais qu'il apprenne

à dominer ses émotions, à dresser sa raison et sa volonté à surmonter les épreuves ou à les accepter, il faut que sans rien sacrifier des sentiments légitimes il ne se laisse plus absorber par eux au point de ne pouvoir se ressaisir.

Une fois le malade convaincu de la vérité et de l'utilité pratique des conseils qui lui sont donnés, le médecin n'a plus qu'à le guider dans ce retour à la vie normale, qui ne se fait ni sans difficultés, ni sans luttes, si bien raisonné que soit le malade, tant il est vrai que le raisonnement pur ne suffit pas à faire toute la besogne et qu'il lui faut l'appui du sentiment et de l'expérience.

Voilà donc de quelle matière doit être pratiquée la psychothérapie pour être efficace ; mais si elle est nécessaire pour guérir les faux gastropathes, comme toutes les psychonévroses en général, elle n'est pas suffisante, il lui faut des moyens adjuvants.

Ces moyens adjuvants de la psychothérapie sont l'isolement, le repos, l'alimentation.

En premier lieu l'isolement.

L'isolement a un avantage tout à fait capital, c'est de faciliter la psychothérapie. Isolé le malade est entre les mains du médecin, il sent qu'il ne peut plus trouver de recours contre ses prescriptions, qu'il doit s'abandonner à lui, et si celui-ci a su gagner sa confiance, le malade ne résiste pas longtemps. Il faut sortir le malade du milieu familial et social dans lequel s'est développée sa psychose gastrique. « En effet, tout ce qui l'entoure, êtres et choses,

orienté autour de son affection, par contre-coup agit réciproquement sur lui en fixant davantage, en enracinant tous les jours plus profondément l'idée pathologique. Enlevé de son cadre, séparé de son milieu, il se trouve arraché à toutes ses habitudes, parmi lesquelles la préoccupation gastrique occupe le premier plan. Et cette nécessité de l'isolement apparaît formelle pour tous ceux qui savent combien certains névropathes, combien en particulier les neurasthéniques éprouvés par l'existence, constituent l'idéal terrain de culture où germent et prolifèrent toutes les idées pathologiques qu'on veut bien y semer. » (1). C'est pour réaliser cet isolement que M. Déjerine a pris l'heureuse initiative d'affecter dans son service une salle spéciale. Cet isolement est d'abord absolu ; le malade ne reçoit ni lettres, ni visites ; puis graduellement le médecin autorise lettres et visites ; c'est même là un moyen de réveiller l'énergie du malade, par l'attrait exercé sur son esprit de revoir ses parents et amis, d'avoir de leurs nouvelles.

Pour en terminer avec l'isolement citons cette phrase bien vraie de Vauvenargues « tout le monde empiète sur un malade, prêtre, médecin, domestique, étrangers, amis, il n'y a pas jusqu'à sa garde qui ne se croie en droit de le gouverner ». — Camus et Pagniez ajoutent : « Isolé, le malade est débarrassé de tout cet « empiètement » et une seule personne le

1. MM. Déjerine et Gauckler. *Loc. cit.*

gouverne, son médecin qui doit être un psychothérapeute. »

Le repos est le second moyen adjuvant de la psychothérapie. Les neurasthéniques en général, mais bien plus encore les faux gastropathes sont des fatigués, parfois même des épuisés ; le repos leur est donc utile. L'alitement les repose et les calme sous tous les rapports. Il favorise l'assimilation en diminuant les dépenses organiques ; associé à l'isolement il impose aux malades les retours sur eux-mêmes.

Quant à l'*alimentation*, elle joue un rôle important dans la cure des gastropathies fonctionnelles. Il ne faut pas croire en effet, que dès qu'un gastropathe est persuadé que son estomac est sain, il va pouvoir se remettre à l'alimentation ordinaire. On s'exposerait à bien des résistances, à des échecs mêmes si l'on voulait agir suivant cette déduction qui semble logique. Il est beaucoup plus sage d'exposer au malade que bien que son estomac soit sain, il n'est plus habitué à recevoir la nourriture ordinaire en quantité suffisante, et qu'il faut lui faire subir un nouvel entraînement. On commencera par mettre d'abord les malades au régime lacté absolu ; d'abord 2 litres de lait par jour, puis 3, puis 4 et même 5 et pris à petites doses répétées. Au premier abord cette masse de liquide les effrayait, et ils sont fort étonnés de pouvoir les supporter. Sous l'influence de ce régime, ils augmentent rapidement de poids : 4, 6 et jusqu'à 8 et 10 livres

même en une semaine. Cette augmentation de poids est pour eux un élément de confiance, un coup porté à l'édifice solidement construit, mais déjà branlant de la gastropathie.

Puis peu à peu on les mettra au régime ordinaire ; en diminuant le lait au fur et à mesure qu'on leur fait prendre de la viande crue, des pâtes, des purées et enfin la nourriture habituelle.

Avec ce traitement, il n'est pas rare de voir les malades se débarrasser rapidement de leur gastropathie : mais d'autres fois les choses iront moins vite ; dès qu'on veut donner au malade un autre aliment que le lait, il s'effraie, s'angoisse et souffre de nouveau. En s'armant de patience, on arrive à bout des malades les plus rebelles.

Les résultats de la psychothérapie aidée de l'isolement, de l'alitement et de la suralimentation sont donc des plus remarquables. C'est pour le prouver que nous allons maintenant donner les observations. Certaines d'entre elles concernent des malades qui ont été revus dans le service assez longtemps après leur cure d'isolement, avec une santé parfaite, ne sentant plus jamais leur estomac. Ceci montre bien que le traitement psychique a guéri non seulement le symptôme morbide, mais encore qu'il a modifié l'état mental, et a diminué la suggestibilité et l'impressionnabilité du malade.

Aussi pouvons-nous dire avec le Dr Blondel (1)

1. Blondel. « Psychonévroses et Psychothérapie. » *Revue de Paris*, 1^{er} juin 1907.

« la méthode de psychothérapie ainsi appliquée a obtenu les plus heureux et les plus incontestables succès. Ces succès avec les années se sont multipliés au point que seuls maintenant les insuccès se peuvent compter. Ainsi les théories justifiées en leurs principes par la pathogénie même des psychonévroses ont reçu de la pratique, depuis une quinzaine d'années à peine qu'elles sont systématiquement appliquées, la plus éclatante confirmation. Répondant à toutes les exigences de la raison et de l'expérience, hautement morale en son esprit et en son but, organisant en méthode scientifique les procédés empiriques, que la seule connaissance du cœur humain avait fournis aux grands directeurs de conscience de l'antiquité et des temps modernes, la psychothérapie par persuasion apparaît comme le seul traitement légitime des psychonévroses. »

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

C'est l'observation d'une jeune femme de vingt-huit ans, ancienne rhumatisante ayant au cœur une lésion mitrale, médiocrement compensée d'ailleurs, et amenant un essoufflement rapide dans l'effort.

Chez elle les troubles gastriques sont marqués surtout après les repas et surtout quand, à ce moment, elle se donne du mouvement. Ils consistent en renvois fades avec éructations abondantes, en une sensation de lourdeur, de pesanteur, ou du ballonnement après les repas. Quand elle marche, de temps à autre, avec une exacerbation de ces premiers phénomènes apparaissent des vomissements.

Elle a eu une grossesse terminée il y a six mois pendant laquelle elle a eu d'assez nombreux phénomènes gastriques et en particulier de très fréquents vomissements.

La grossesse avait influé sur son état cardiaque, car après celle-ci, dès qu'elle voulait marcher ou faire un effort, elle avait de l'essoufflement. Le tout a été mis par elle sur le compte de son estomac; de là cette étrange gastropathie où les phénomènes s'exagèrent quand la malade marche, diminuent quand elle est au repos avec une régulière alternance.

Cette malade au bout de quinze jours de traitement psychothérapique, avait augmenté de 4 livres, elle ne souffrait

plus, elle ne vomissait plus. Il a fallu deux mois pour obtenir sa guérison.

OBSERVATION II

C'est une femme de quarante-cinq ans, mère de famille, dont la vie a été fort dure. Elle a connu la misère après avoir eu de l'aisance. Elle a eu à sa charge pendant plusieurs années une sœur malade. Le mari est mort il y a six mois. Un de ses fils se maria contre son gré.

Depuis des années elle se plaignait de ses digestions qui étaient lentes et pénibles. Mais à la suite de la mort de son mari, ce fut une bien autre affaire.

Vomissements même le matin à jeun, crampes calmées par les aliments, anorexie élective pour la viande, réveil au milieu de la nuit avec une sensation de vide stomacal, tels étaient les symptômes dont elle se plaignait. Pas de renvois acides, pas d'éruptions abondantes.

Avant d'entrer à la Salpêtrière elle avait vu neuf médecins qui avaient diagnostiqué une affection gastrique, d'ailleurs différente suivant chacun.

Cette malade est entrée salle Pinel le 1^{er} novembre. Au deuxième jour de son séjour elle prenait 5 litres de lait. Le 15 novembre, elle avait augmenté de 9 livres.

Rapidement mise au régime ordinaire qui est parfaitement toléré, elle sort guérie au bout de six semaines. Elle a pris 12 livres. Revue depuis, son état est resté excellent.

OBSERVATION III

Jeune fille de dix-neuf ans qui se plaignait de maux d'estomac

extrêmement marqués survenant deux à trois heures après les repas, avec aigreurs, sensation de brûlure, sensation de tension et de ballonnement abdominal, pesanteur, somnolence,

A l'examen, la région épigastrique était douloureuse et la malade se défendait quand on s'efforçait de palper de ce côté-là.

Ce n'est qu'au bout de quelques jours qu'on parvint à gagner la confiance de la malade, et à savoir que les troubles digestifs avaient commencé après une tentative de déflorage. Elle avait ensuite consulté et avait été traitée pour dyspepsie hypochlorhydrique, puis pour dilatation d'estomac, fermentations gastriques.

Entrée à l'hôpital pesant 45 kilogrammes, la malade en est sortie pesant 56 kilogrammes et ne s'occupant plus de son estomac, après trois mois de séjour à la salle Pinel.

OBSERVATION IV

X..., prêtre de soixante-cinq ans.

Devient faux gastropathe à la suite de surmenage amené par la loi de séparation et le refus des cultuelles. Prend ses repas hâtivement et à toute heure. Ses amis lui conseillent de se reposer s'il ne veut pas contracter une maladie d'estomac. Dès lors il s'observe, se préoccupe de son estomac, qui dès lors fonctionne mal.

L'appétit est conservé ; mais, après le repas, le malade est pris de malaise général ; il lui semble que son estomac se gonfle, il a une sensation de poids au niveau du creux épigastrique qui se météorise.

Les fonctions intestinales sont troublées, la constipation est opiniâtre.

Enfin quelques phénomènes nerveux se montrent pendant la

digestion, c'est une céphalée caractérisée par de la lourdeur et quelques élancements douloureux et parfois des vertiges.

Le traitement psychothérapique est institué, le malade n'est pas mis à l'isolement.

Guérison complète en deux mois.

OBSERVATION V

B..., femme de trente-deux ans, sans profession.

Cette observation résumée est celle d'une femme mariée, d'une jalousie extrême. Son mari qui travaille rentre presque toujours en retard pour les repas. La malade en conclut qu'il la trompe, et c'est dans cet état d'esprit qu'elle l'attend. Souvent petite crise de nerfs à l'arrivée du mari.

Les troubles digestifs revêtent ceux de l'hyperchlorhydrie. La malade éprouve une douleur plus ou moins accentuée, un peu avant le repas, qui disparaît après l'ingestion des aliments. Puis, vingt et une heures après le repas, reparaissent les sensations douloureuses avec maximum au creux épigastrique. La crise douloureuse se termine quelquefois par des vomissements.

Les troubles digestifs s'accroissent au moment des périodes menstruelles.

Guérison en six semaines.

OBSERVATION VI

Femme de chambre, trente et un ans.

Il s'agit ici d'une femme de chambre qui devient fausse gastropathe par auto-observation. Ses repas étaient interrompus

par les coups de sonnette de son maître ; de là elle conclut que son estomac ne peut résister à cette irrégularité dans les repas. Elle s'examine, et trouve naturellement qu'elle a un peu de gonflement, de pesanteur après les repas. Elle commence dès lors à se préoccuper de ses digestions, et elle digère mal.

Ses troubles digestifs revêtent la forme atonique. L'appétit est diminué. Après les repas se montrent des malaises ; c'est une sensation de gonflement, de plénitude gastriques, accompagnée de nausées. Parfois il y a des vomissements alimentaires plus ou moins abondants. Souvent, elle a des éructations.

En même temps existe une constipation assez opiniâtre.

Le moral est assez affecté. Elle songe beaucoup à son estomac, croit que sa profession est cause de tout le mal, qu'elle ne pourra la continuer et alors que faire ? A la crainte de son estomac, se joint la préoccupation d'assurer sa vie matérielle.

Guérison complète par la psychothérapie seule en cinq semaines.

La malade a dû continuer à servir.

OBSERVATION VII

C..., femme de soixante-dix ans.

Cette malade a perdu successivement son mari, puis son fils, malheurs qui l'avaient beaucoup déprimée.

Par suite de ces deuils successifs, elle se trouve seule à table, car son mari et son fils prenaient toujours leurs repas avec elle.

En se mettant à table, les places vides lui ravivent son chagrin, se voyant toute seule elle n'a aucune envie de manger. Si elle avait faim auparavant, le fait seul de se mettre à table

lui enlève l'appétit. Elle mange malgré elle, avec une sensation de constriction épigastrique. Cette sensation augmente encore après le repas. Elle a de la céphalalgie, des nausées, quelques vertiges, tous symptômes qui augmentent pendant la digestion. Elle s'inquiète de son estomac, croit qu'elle a une affection organique et vient consulter.

Guérison en deux mois.

OBSERVATION VIII

M..., femme de quarante-cinq ans.

Anémie dans l'enfance, pour laquelle on institue de nombreux régimes alimentaires. La malade les a suivis scrupuleusement ; à l'heure actuelle, elle ne s'en est pas départie, car elle pense que son anémie a dû être causée par le mauvais fonctionnement de son estomac. C'est progressivement qu'elle en est arrivée à se créer cette idée. Puisque les médecins lui ordonnaient des régimes, c'est que son estomac fonctionnait mal. Cette idée s'est fixée de plus en plus dans son esprit. C'est alors même qu'elle s'est institué des régimes ; restreignant de plus en plus son alimentation, parce qu'elle avait constaté que tel ou tel aliment ne digérait pas.

L'appétit est à peu près nul. Après les repas, gonflement, pesanteur marquées à la région épigastrique ; puis véritables douleurs qui irradient dans les flancs et les hypocondres ; nausées qui aboutissent au rejet des aliments. Ces vomissements se répètent presque tous les jours, ils sont plus ou moins abondants ; et soulagent le malade. De plus la constipation oblige la malade à prendre des laxatifs et même des purgatifs fréquemment.

L'état général est assez atteint. La malade est amaigrie ; elle se pèse fréquemment et a constaté une diminution de poids graduelle ; elle a perdu 5 kilos depuis deux mois.

D'abord mise au lait ; la malade arrive très vite à prendre 4 litres par jour. Des conversations fréquentes finissent par la convaincre qu'elle n'a aucune lésion gastrique. Guérison en trois mois.

Dans le cas suivant, l'apparence cachectique de la maladie et les symptômes gastriques faisaient poser le diagnostic de néoplasme.

OBSERVATION IX

C'est une dame de cinquante-sept ans, soignée à la salle Pinel, lit n° 16, dans le service d'isolement de M. le professeur Déjerine. Elle y a séjourné du 28 mars au 7 juin 1905. C'est elle-même qui tout d'abord va nous raconter son histoire.

« Souffrante de l'estomac depuis vingt-cinq ans, à la suite d'une émotion, j'avais perdu l'appétit. Je n'éprouvais jamais le besoin de manger et j'avais un dégoût de la nourriture, surtout de la viande. J'ai consulté plus de cinquante médecins. Tous ont prescrit le régime lacté. Je n'ai jamais pu prendre plus de 2 litres de lait et un ou deux œufs par jour, plus souvent rien du tout.

« Dans tous les hôpitaux où j'allais aux consultations on regardait mon teint jaune, et partout même réflexion : « Oh ! celle-là rien à faire. » On était convaincu ou d'un cancer ou de lésions pyloriques. Il y a deux ans on voulut m'opérer. Le médecin, qui me soignait en dernier lieu, découragé, m'adressa

à un spécialiste qui me tint en observation pendant dix-huit mois.

« On me mit toujours au lait. Mais là, alors, je ne prenais presque plus rien souffrant trop de douleurs d'estomac et de l'intestin. Je maigrissais toujours et j'étais complètement découragée. On essaya le lavage de l'estomac, plâtrage, gavage, rien ne réussit. »

Cette auto-observation a besoin d'être complétée sur quelques points, et en particulier sur le mode de début de l'affection qui nous a amené cette malade.

Elle avait, il y a vingt-cinq ans, un mari mort depuis paralytique général qui la brutalisait et qui voulut un jour, intervertissant l'ordre des facteurs, la faire interner. Elle eut une peur intense et *sentit son estomac se fermer*. Depuis la même sensation s'est reproduite chaque fois que la malade a eu une émotion. Et ces émotions étaient quotidiennes, provenant d'un fils qu'elle avait et qui manquait de toute espèce d'égards pour elle. Elle attendait avec angoisse sa rentrée à la maison. Dès qu'elle le voyait entrer, elle éprouvait une sensation de constriction et ne pouvait plus rien manger. Ainsi se sont développées et entretenues les manifestations de cette gastropathie dont la symptomatologie était à un moment si caractérisée, qu'on songea à intervenir chirurgicalement.

Sur le séjour de la malade à l'hôpital nous n'avons rien à noter de bien particulier. Le premier jour elle a pris 3 litres de lait. A la fin de la semaine, elle en prenait 5. Progressivement elle a été remise au régime ordinaire. Pesant 40 kilogrammes à son entrée, elle en pèse 52 à sa sortie. Elle a donc augmenté de 24 livres. Elle est partie complètement guérie.

Revue, depuis à plusieurs reprises, elle s'est maintenue en excellent état.]

OBSERVATION X

Elle concerne une petite malade de la salle Pinel, lit 20.

Il s'agissait de phénomènes gastropathiques douloureux simulant ce que l'on est convenu de décrire sous le nom de crises d'hyperchlorhydrie.

Agée de vingt-sept ans, elle souffrait de l'estomac depuis l'âge de vingt et un ans. Petite fille pas bien solide, mais très affective, elle s'était dans son intérieur heurté à des parents froids qui lui reprochaient les soucis et les frais occasionnés par sa santé. Comme elle aurait voulu travailler pour gagner sa vie, son état de santé est devenu chez elle la préoccupation obsédante, souffrant d'abord de simples troubles digestifs, elle a eu bientôt des phénomènes de gastropathie caractérisée. Pesanteurs, douleurs, pyrosis, vomissements après chaque prise alimentaire, impossibilité de supporter le lait « qui caille sur l'estomac », rien n'y manquait. La région épigastrique était même douloureuse à la pression à n'importe quel moment de la journée.

Cette malade a été fort rétive au traitement pendant les premières semaines. Elle a fait un séjour de trois mois à la salle Pinel. Sortie le 12 janvier 1905, en septembre 1905 elle donnait de ses nouvelles. Elle va à peu près bien. De temps à autre elle fait encore des accès de dépression au cours desquels elle souffre de l'estomac. Mais elle sait « qu'elle peut et qu'elle doit reprendre le dessus » et elle y arrive.

OBSERVATION XI

M^{me} M..., quarante-neuf ans, entre salle Pinel, le 4 janvier 1906. Elle souffre d'une gastropathie qui remonte à 1870, gastropathie à reprises, qui, s'exacerbant par intervalles, ne s'est installée d'une façon définitive qu'en 1890. A ce moment elle a eu une forte influenza. Elle est restée très fatiguée pendant un certain temps. Indispensable à son mari qu'elle aide dans son petit commerce, l'inactivité à laquelle elle s'est trouvée vouée lui a été extrêmement pénible. Moralement affaissée elle a été prise de troubles gastriques extrêmement marqués, avec vomissements tantôt muqueux, tantôt bilieux, jamais alimentaires. A l'état de ces vomissements et sur le conseil de son médecin, elle attachait un intérêt extrême. Aussi bien se sont-ils prolongés jusqu'à son entrée à la Salpêtrière.

Elle en est sortie le 17 février complètement guérie, ayant repris 10 livres de poids. Elle a été revue depuis. Les vomissements n'ont pas repris et tout permet de croire qu'il ont définitivement disparu. Comme nous, la malade en est convaincue.

Lorsque chez cette malade on recherche le point de départ exact de la maladie, on arrive assez aisément à en fixer l'origine ou à en déterminer le mécanisme.

C'est à l'occasion des privations du siège de Paris qu'elle a ressenti les premiers troubles gastriques. Petite gamine de quatorze ans, fortement anémiée, comme cela ne se conçoit que trop aisément, elle fut emmenée en consultation chez un médecin. *On lui soigna son estomac*, et avec les poudres et autres médicaments qui lui furent largement dispensés, elle entra de plain-pied dans la gastropathie fonctionnelle. Les quelques troubles

digestifs qu'elle avait ressentis à la suite de l'étrange alimentation du siège étaient à l'origine, mais la thérapeutique a assis ces troubles sur des bases sérieuses, et orientant le psychisme de la malade a rendu définitif ce qui ne devait, dans son essence, être que transitoire. Les gastropathies fonctionnelles sont elles aussi des enfants du siège... et des médecins.

OBSERVATION XII

Vomissements consécutifs à chaque repas, datant de dix ans. — Pas ou peu de stigmates. — Ictère émotif. — Disparition complète des vomissements.

Vingt-quatre ans, entrée le 6 novembre 1902, sortie le 24 décembre.

Antécédents héréditaires et familiaux. — Père âgé de soixante-trois ans, très bien portant. Mère morte à quarante-neuf ans de tuberculose pulmonaire, avait eu des vomissements fréquents pendant deux ans.

La malade a perdu une sœur, de tuberculose pulmonaire. Elle a une autre sœur qui est chlorotique et deux frères qui sont bien portants.

Antécédents personnels. — La malade raconte que pendant deux ans, à partir à l'âge de six mois, elle aurait été complètement aveugle, puis sa vue serait brusquement revenue.

Jusqu'à quatorze ans sa santé s'est maintenue bonne.

A l'âge de quatorze ans, elle eut ses premières règles pendant deux périodes, puis elles furent totalement supprimées jusqu'à l'âge de dix-huit ans. Depuis l'âge de dix-huit ans les règles

sont revenues, mais très irrégulières, apparaissant tous les quinze jours ou tous les deux mois. Elle a, en outre, des pertes blanches fréquentes.

Début des accidents actuels. — A l'âge de treize ans, la malade perd sa mère qu'elle avait vue en proie à des vomissements fréquents pendant environ deux ans. Elle éprouve un très violent chagrin, devient nerveuse, irritable, perd l'appétit et commence à vomir après chaque repas. Elle vomit ainsi deux ou trois fois par jour, un quart d'heure à vingt minutes après avoir mangé.

L'anorexie n'a cependant duré que quelques mois; vers quatorze ans et demi la malade mangeait de bon appétit, mais vomissait toujours.

Depuis l'âge de quatorze ans jusqu'à maintenant, c'est-à-dire depuis dix ans — puisqu'elle a maintenant vingt-quatre ans — la malade a vomi au moins une partie de chaque repas. L'ingestion non seulement des aliments solides, mais encore des liquides et en particulier du lait, était suivie de vomissements. Malgré ces vomissements, la malade conservait sans doute une certaine partie de ses repas, car bien qu'étant un peu délicate et remplissant péniblement le métier facile de femme de chambre, elle ne fut jamais obligée de s'aliter.

Cependant, entre dix-huit et dix-neuf ans, elle semble avoir eu de la chlorose et a dû garder le lit pendant un mois. Depuis un an, la malade remplit les fonctions d'infirmière.

Le 22 octobre 1902, une malade lui fait peur en courant après elle à la nuit tombante, et le lendemain matin elle entre à l'infirmierie avec un ictère très prononcé. La malade ne parle à personne de ses vomissements, considérant que ces accidents, qui duraient depuis dix ans, étaient incurables. C'est seulement

quand elle est installée dans le service qu'on s'en aperçoit. La nature nerveuse de ces vomissements durant depuis dix ans, sans lésion d'estomac et avec un état général relativement bon ne fait aucun doute et la malade est transférée à la salle Pinel. Elle commence par refuser de se laisser traiter, disant que ses vomissements ne l'empêchent pas de vivre et de travailler et que l'on ne peut arriver à aucun résultat à ce sujet ; elle demande seulement à être débarrassée de son ictère.

Examen. — La sensibilité est intacte sur toute la surface du corps, au contact, à la douleur, à la chaleur.

Il n'existe aucune zone d'hypoesthésie, ni au niveau des ovaires, ni sous les seins, ni sur la tête, ni sur la colonne vertébrale.

Les réflexes plantaires sont faibles.

Les réflexes rotuliens sont très faibles, presque abolis.

Le réflexe pharyngien est aboli.

Il existe du strabisme de l'œil gauche, les pupilles réagissent bien à la lumière.

L'estomac paraît normal.

Le foie est un peu diminué de volume.

Le sommet du poumon droit a une respiration un peu faible.

Les urines sont normales.

L'état mental ne présente rien de bien particulier, un peu d'émotivité ; pas de stigmates d'hystérie.

On affirme à la malade que ces vomissements disparaîtront si elle le veut, on lui dit que son estomac est absolument sain, car s'il en était autrement, elle n'aurait pas survécu depuis dix ans à une affection grave de l'estomac, etc., etc. La cause initiale de ces vomissements est une cause morale, c'est le cha-

grin de la mort de sa mère et peut-être l'idée d'avoir la même maladie, les mêmes vomissements que la défunte.

La malade est mise au régime lacté ; on commence par 2 litres de lait par jour.

Elle prend la résolution formelle de ne plus vomir, elle tient sa promesse, cependant elle a souvent des régurgitations, cependant elle se domine assez pour ravalier son lait.

19 novembre. — Elle prend 4 litres de lait sans vomir depuis quelques jours.

20 novembre. — Elle prend 2 litres de lait, 100 grammes de viande crue, un peu de poisson, du potage et de la purée de pommes de terre.

22 novembre. — Elle prend en plus deux œufs.

30 novembre. — La malade arrive à manger un bifteck (ce qu'elle redoutait beaucoup), 200 grammes de purée de pommes de terre, 100 grammes de viande crue et 2 litres de lait.

Les digestions sont assez pénibles, elle a une sensation de pesanteur qui dure plusieurs heures après le repas de midi et elle rumine de temps en temps.

On lui explique que cette rumination est une mauvaise habitude qu'il ne faut pas prendre, elle s'en déshabitue comme des vomissements par l'exercice et la volonté. Elle ne souffre après ses repas que précisément parce qu'elle laisse prendre une mauvaise voie aux aliments, etc. (arguments amplifiés, variés et répétés deux fois par jour).

21 décembre. — La malade est guérie, elle conserve seulement un peu de lourdeur d'estomac après les repas.

Poids : 7 novembre. 44 kgr.

13 — 45 kgr.

18 — 47 kgr. 500

25	—	46 kgr. 500
2	décembre.	47 kgr. 500
10	—	48 kgr. 500
17	—	49 kgr.

La malade sort le 24 décembre pour aller au Vésinet. Nous l'avons revue plusieurs fois depuis son retour de convalescence. Elle ne vomit plus, mais conserve une certaine crainte des aliments, elle évite les ragoûts, les sauces, etc., se nourrit surtout de lait, d'œufs et de viande crue. Elle ne peut arriver à croire qu'elle peut manger de tout.

OBSERVATION XIII

Gastropathie nerveuse grave datant de huit ans traitée d'une façon continuelle pendant cette période. — Hystéro-neurasthénie. — Rétrécissement du champ visuel. — Hémi-hyperesthésie gauche. — Guérison. — Entrée le 18 février 1903, sortie en mai.

Trente et un ans.

Antécédents héréditaires et familiaux. — Père mort subitement à soixante-cinq ans. Mère morte de congestion cérébrale à soixante ans. Elle a deux sœurs et un père bien portants.

Antécédents personnels. — La malade a eu dans son enfance la rougeole et une fluxion de poitrine.

Fut réglée à onze ans et a toujours été bien réglée depuis.

Elle se maria à dix-neuf ans et eut l'année suivante un enfant qui mourut à trois ans de gastro-entérite.

A vingt-deux ans et demi elle eut un deuxième enfant né après sept mois de grossesse et qui mourut au bout de huit jours.

A vingt-sept ans elle eut un autre garçon, ses couches furent très difficiles, elle perdit une grande quantité de sang et resta longtemps affaiblie. L'enfant se porte bien.

Début des accidents actuels. — A l'âge de vingt-trois ans, à la suite de la mort de son premier enfant, la malade profondément triste perdit l'appétit et commença à souffrir de l'estomac.

Pendant un séjour à la campagne, les douleurs s'accroissent et durent régulièrement deux et trois heures après chaque repas.

Elle avait en outre de l'insomnie mais elle ne présente à aucun moment des crises de nerfs. Revenue chez elle en août 1895 les douleurs ne diminuèrent pas et la malade commença à suivre une série de traitements. Elle était obèse avant le début de la maladie et elle devint peu à peu très maigre.

Un premier médecin consulté lui ordonna du valériate d'ammoniaque et des cachets digestifs.

Un deuxième médecin ordonna du bromure et des potions calmantes.

En 1898 avant sa troisième grossesse, son état s'améliora quelque peu, puis s'aggrava au début de cette grossesse. Elle eut alors des vomissements très acides renfermant parfois du sang, elle souffrait au niveau du creux épigastrique et dans le dos, et le médecin qui l'examina à ce moment pensa qu'elle avait un ulcère d'estomac.

Après l'accouchement en février 1899 les douleurs aug-

mentent encore et elle fut atteinte en même temps de fièvre puerpérale pendant un mois.

En 1900 malgré un grand nombre de potions apéritives, la malade refuse toute alimentation.

Elle a des étouffements, des palpitations, des tendances à la syncope. Les vomissements acides reparaissent, ils ne contiennent pas de sang. Un médecin pratique des piqûres de cocaïne deux fois par jour et des injections de sérum tous les deux jours

Un volumineux abcès qui demande deux ou trois mois pour guérir apparaît à la fesse. Néanmoins les douleurs ne disparaissent pas et elle vomit cinq ou six fois par jour. En janvier 1901 elle éprouve une certaine amélioration pendant six semaines par des injections de cacodylate de soude, puis bientôt les douleurs d'estomac, les étouffements reparaissent. A cette époque elle ne vomit plus.

La malade continue à souffrir pendant deux ou trois heures après les repas, elle était toujours triste, se plaignait de céphalée continuelle, de douleurs de rein et d'insomnie. L'urine examinée contenait à ce moment de l'albumine. Elle fut traitée par des lavements de chloral et des lavements nutritifs, on lui ordonna également de la digitale contre ses palpitations.

Pendant les huit années que durèrent ces troubles, la malade absorba une quantité considérable de médicaments et fut soignée par plusieurs médecins. Elle estime qu'elle dépensa environ 1.500 francs par an en frais de médecin et de pharmacien ; toutes les économies du ménage furent dépensées.

Depuis ces trois dernières années elle est incapable d'accomplir aucun travail.

Elle est reçue à la salle Pinel le 18 février.

Examen. — Elle se plaint de fortes douleurs d'estomac, ne peut s'alimenter et est amaigrie. Elle a des céphalées fréquentes, des renvois acides, de l'insomnie.

Nous constatons en outre :

De l'hémi-hypoesthésie gauche. Du rétrécissement du champ visuel. De la douleur à la pression dans les régions temporales. De l'hyperesthésie du creux épigastrique. Les réflexes rotuliens sont normaux. Les réflexes plantaires sont faibles. Le réflexe pharyngien fait défaut. Les urines sont normales.

Le moral de cette malade est très mauvais. Elle a une dépression neurasthénique voisine de la mélancolie. Elle est persuadée qu'elle est incurable, que sa santé est perdue. Depuis des années elle ne pense qu'à une chose : à ses troubles digestifs. Le matin au réveil elle se demande si elle pourra s'alimenter, le soir en se couchant elle se demande ce que demain elle ressentira du côté de son estomac.

Elle est soumise à l'isolement et au régime lacté.

Par la psychothérapie nous voyons les douleurs d'estomac diminuer, les éructations acides disparaître. Le traitement fut interrompu quelque temps par une maladie grave de son petit garçon.

A plusieurs reprises pendant la durée du traitement la malade eut des crises de découragement, de la céphalée et des douleurs d'estomac. Nous en eûmes toujours raison par la psychothérapie.

Elle resta pendant trois semaines au régime lacté absolu et prit trois litres de lait par jour.

Elle fut alimentée ensuite avec du lait et 100 grammes puis 200 grammes de viande crue. Peu à peu elle reprit à peu près l'alimentation ordinaire.

On peut juger de son état par les poids.

<i>Poids</i>	20 février.		63 k.
	24 —		62 k.
	3 mars.		63 k. 500
	10 —		65 k.
	17 —		65 k.
	24 —		65 k. 500
	31 —		65 k. 500
	7 avril		65 k. 500
	14 —		66 k.
	21 —		67 k.
	28 —		67 k.

Cette malade a été revue six mois après sa sortie de l'hôpital. La guérison s'est maintenue bien qu'elle ait eu à supporter de grosses préoccupations causées entre autres par une pneumonie dont fut atteint son mari. Elle ne pensait plus à son estomac. Elle revenait en janvier 1904 pour le tœnia. Sa santé morale et physique est superbe. Elle a continué à engraisser depuis sa sortie de l'hôpital et pèse 78 k. 500.

OBSERVATION XIV

Gastropathie nerveuse grave datant de deux ans, consécutive à du surmenage et à un chagrin. — Traitée antérieurement sans succès. — Guérison.

C'est une auto-observation écrite par la malade elle-même dans une lettre envoyée au professeur Déjerine.

« Monsieur le Professeur,

« Je vous transmets l'histoire de ma maladie, elle est, je crois, assez brève.

« Mon père est mort il y a vingt-six ans, à l'âge de soixante-cinq ans, probablement d'une fluxion de poitrine. Ma mère est morte il y a six ans, à l'âge de soixante-trois ans, après une très longue maladie qui aurait été, d'après les médecins, la suite d'une pneumonie. L'un et l'autre furent toujours d'une santé très robuste.

« Moi-même j'ai actuellement trente-six ans. Je suis la sixième enfant d'une famille de huit, dont l'aîné est mort à dix-sept ans accidentellement. Tous les autres sont vivants et bien portants, je n'avais jamais fait de maladies sérieuses, et il est même à remarquer que j'avais une santé très florissante. Mon travail à la maison consistait à vaquer à tous les soins du ménage qui étaient assez nombreux et assez pénibles.

« La longue maladie de ma mère dura quatre années avant d'aboutir à la mort et qui exigea des soins continus, et différentes contrariétés de famille ont peut-être été des causes adjuvantes ou occasionnelles de ma maladie. Jusqu'au milieu de l'année 1900 je ne ressentis que des

malaises vagues, une certaine lassitude, sans troubles graves, lorsque le 1^{er} juin 1900 je tombai inanimée dans la rue en rentrant chez moi ; j'eus, en outre, deux syncopes ce jour-là. La veille et l'avant-veille je m'étais surmenée à de gros travaux de ménage, ce qui fut peut-être la cause de ce brusque début. Depuis lors je puis dire que j'ai trainé une vie misérable, incapable presque de tout travail.

« Je vis plusieurs médecins, mais ne retirai des médicaments guère de profit. Au début, j'eus quelques insomnies, du moins j'arrivais à m'endormir très tard vers le milieu de la nuit, même vers 4 heures du matin, mais ceci dura peu et bientôt tout mon mal sembla se fixer sur les fonctions de la digestion.

« La douleur la plus violente siégeait au niveau de l'estomac ; je ressentais également très souvent une douleur en plaques brûlantes au niveau des reins, dans le dos.

« Je n'ai jamais eu de maux tête ou de douleurs aux tempes ; dès que j'essayais de manger, les douleurs étaient intolérables, accompagnées de bâillements, émissions de gaz, ballonnements, points, sans pouvoir me coucher du côté droit ou du côté gauche ; alternatives de constipation et de diarrhée. Les médicaments n'y faisaient guère ; toutefois je dois dire que je n'en ai point abusé. J'ai pris pendant toute la durée de ma maladie environ trois ou quatre flacons de chloridia à raison d'une cuillerée à café dans un peu d'eau avant le repas. Ajoutez à cela quelques cachets de pepsine et autres médicaments digestifs.

« Lasse à la fin de cet état, je suis partie pour Paris et suis entrée d'abord à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service du D^r X..., le 2 mai 1902. Je n'y suis restée que dix-

neuf jours où je fus soignée par de grands lavages de l'intestin, un à deux par jour et le massage de l'abdomen. A la suite d'un léger accès de fièvre, dû, je crois, à l'ingestion de viande je partis de l'hôpital de mon plein gré, et malgré la défense formelle du médecin, persuadée que par ce traitement je n'obtiendrais jamais ma guérison. J'étais entrée à Saint-Antoine avec un poids de 56 kilogrammes, je n'en avais plus alors que 47.

« Aussi voulais-je retourner aussitôt au pays. Ce ne fut pas sans difficulté qu'après être restée cinq jours à l'hôtel, je me décidai à aller à la consultation de la Salpêtrière, où j'entrai le 27 mai 1902 dans un état d'affaiblissement considérable. Je fus mise aussitôt à l'isolement et au lait (successivement 2, 3, 3 1/2, 4, 4 1/2, et 5 litres par jour). Je me suis demandée alors sérieusement (et je l'ai demandé d'ailleurs à M. Egger) si on me traitait comme folle ou si par hasard je l'étais devenue. Néanmoins je ne fus pas peu effrayée lorsqu'on voulut me faire manger des côtellettes de mouton. Il y avait deux ans que je n'en mangeais pas, pas plus que du pain.

« Après des difficultés et des velléités de quitter l'hôpital je ne fus pas étonnée le soir en me retrouvant encore en vie après un tel accès. Malgré les grandes chaleurs, au bout de quinze jours, mon poids avait augmenté de 1 kilogramme.

« Vous aviez exigé à mon entrée un séjour de deux mois à l'hôpital. Le 9 juillet, c'est-à-dire dix-huit jours avant l'époque fixée, j'en sortais avec un poids de 50 kilogrammes.

« Depuis lors mon état ne s'est pas aggravé, puisque

mon poids actuel est de 60 kilogrammes. Toutefois je ne considère pas ma guérison comme complète et définitive, il me reste encore une certaine faiblesse de l'échine qui ne me permet pas de faire un travail continu. Cependant, j'ai la grande consolation d'avoir vu depuis ma sortie de l'hôpital mon poids augmenter encore, j'ai pu depuis ce moment manger comme tout le monde, moi qui ne pouvais me nourrir que par expédient.

« Telle est, Monsieur le Professeur, mon histoire.

« Je ne puis que joindre, en terminant, l'expression de la profonde gratitude de votre toujours reconnaissante. »

Six semaines après cette lettre, le professeur Déjerine recevait une lettre du frère de la malade, docteur en médecine « confirmant la parfaite guérison de sa sœur ». En mai 1903, nouvelle lettre indiquant son état de santé. Enfin, au 1^{er} janvier 1905, la malade écrit que sa santé est excellente.

OBSERVATION XV

Gastropathie chez une neurasthénique. Le mari souffre de l'estomac depuis plusieurs années ; neurasthénie conjugale probable. — Guérison.

Vingt-six ans, entrée le 17 novembre, sortie le 3 décembre 1903.

Antécédents héréditaires et familiaux. — Père mort à trente-deux ans des suites d'une fluxion de poitrine. Mère morte de rupture d'un anévrisme. Elle a eu une sœur morte à neuf ans.

Antécédents personnels. — La malade a eu la fièvre typhoïde à trois ans et demi, cette fièvre et les accidents consécutifs auraient duré six mois. Elle eut ses premières règles à onze ans, et elle a toujours été bien réglée depuis. Elle se maria à dix-neuf ans et elle eut une fille à vingt et un ans.

Début des accidents nerveux. — A l'âge de vingt-trois ans la malade eut une fausse-couche après trois mois de grossesse, à la suite d'une frayeur. Après cette fausse-couche elle eut une crise de neurasthénie qui dure pendant dix-huit mois.

A vingt-cinq ans la malade commença à souffrir de l'estomac. Il est important de dire que son mari souffre de l'estomac depuis environ six ans.

Les premiers troubles qu'elle éprouva consistèrent en des sensations de pesanteur, qu'elle comparait à la sensation d'une presse qui aurait été placée dans son estomac.

En même temps elle devint nerveuse, impressionnable, facilement irritable.

Les émotions avaient une influence considérable sur ces sensations gastriques. La moindre émotion survenant au moment d'un repas occasionnait de vives douleurs et empêchait la malade de manger.

Depuis cinq mois elle ne prend plus d'aliments solides, elle s'est d'abord nourrie uniquement de bouillon, à l'heure actuelle elle ne prend que du lait.

Elle est reçue à la salle Pinel le 19 novembre.

Examen. — En dehors des troubles gastriques que nous venons de signaler, la malade se plaint de faiblesse générale.

Elle n'a jamais souffert beaucoup de la tête, mais elle a des étourdissements. Elle se plaint encore de douleurs de jambe et de douleurs de dos. Les urines sont normales.

Son moral est assez touché, elle est inquiète de son état et se préoccupe surtout de sa maladie d'estomac qu'elle croit grave.

Elle est soumise à l'isolement, au régime lacté, au traitement psychothérapique. On lui explique qu'elle n'a pas de maladie d'estomac réelle et elle convient elle-même de l'influence nocive exercée sur son imagination par les soins constants donnés à la maladie de son mari.

Après une dizaine de jours de régime lacté absolu, elle est mise très rapidement à l'alimentation ordinaire, qu'elle supporte sans douleurs d'estomac.

Les autres troubles ont disparu rapidement.

Elle nous quitte complètement guérie.

Poids : 17 novembre. . . . 66 kgr. 500

25 — 67

2 décembre. . . . 67 kgr. 500

OBSERVATION XVI

Morphinomanie. — Sténose du pylore avec apparence de tumeur, dilatation considérable de l'estomac, crises d'hyperchlorhydrie. — Amaigrissement énorme, perte de la moitié du poids du corps. — Absence de stigmate et d'antécédents hystériques. — Guérison complète de la morphinomanie, des troubles gastriques et de l'état mental.

Trente-cinq ans, entrée salle Pinel, n° 3, 12 novembre 1902, sortie 8 mars 1903.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant. Mère, morte à trente-quatre ans cause inconnue.

Antécédents personnels. — La malade s'est bien portée pendant son enfance. Elle a été réglée à quinze ans.

Elle a eu deux enfants peu de temps après son mariage ; ils sont morts tous deux vers l'âge de deux mois.

Début des accidents actuels. — Cette femme avait toujours joui d'une superbe santé. Grande, obèse, elle pesait 110 kilogrammes. Sa santé commença à s'altérer il y a environ dix-huit mois et cela à la suite de préoccupations morales. Elle tenait avec son mari un petit commerce, les affaires qui d'abord avaient assez bien marché vinrent à péricliter. Elle s'en affecta beaucoup, commença à perdre l'appétit, et à avoir des digestions difficiles, de la pesanteur au creux épigastrique, de l'insomnie. Puis apparurent les renvois acides, survenant assez régulièrement cinq heures après les repas, soit vers cinq heures de l'après-midi et deux heures du matin. Elle semble avoir eu nettement à ce moment des crises d'hyperchlorhydrie, peut-être liées à un ulcère de l'estomac ? Elle remarqua à plusieurs reprises du sang dans ses selles, mais ce sang était rouge et provenait vraisemblablement d'hémorroïdes.

La malade ayant consulté un médecin pour ses douleurs d'estomac il lui ordonna des injections de morphine.

Le médecin venait d'abord les faire régulièrement, puis la malade se procura une seringue et de la morphine et était arrivée avant son entrée à l'hôpital à se faire quotidiennement jusqu'à 30 centigrammes de chlorhydrate de morphine en injections sous-cutanées.

Elle continue à souffrir toujours de l'estomac et elle a en

outre un besoin impérieux de morphine ; elle a dépensé depuis dix-huit mois des sommes considérables pour sa situation en frais de traitement.

La malade se présente à la Salpêtrière, demandant qu'on la débarrasse de sa morphinomanie et c'est dans ce but qu'elle est reçue salle Pinel le 12 novembre 1902.

Examen. — La peau de la région abdominale est flasque et relâchée. La malade se plaint d'une violente douleur au creux épigastrique. L'estomac est extrêmement dilaté, descend à 6 centimètres au-dessous de l'ombilic et sa sonorité remonte très haut vers l'aisselle.

Elle a des éructations acides assez fréquentes ayant leur maximum à 5 heures du soir et 2 heures du matin.

L'ingestion des aliments ne détermine aucune douleur.

Le cœur et les poumons sont normaux.

Le foie est petit, la rate n'est pas appréciable.

Le réflexe pharyngien est exagéré et les réflexes rotuliens sont également exagérés.

La sensibilité est normale, sur toute la surface du corps il n'existe pas de zones hystérogènes. Les urines sont normales.

Etat mental. — Le moral est très déprimé. La malade est fort sceptique sur la possibilité de sa guérison. Elle entrevoit l'avenir sous des couleurs très sombres. Cependant il n'y a pas eu chez elle d'état mental neurasthénique appréciable avant l'apparition de son affection actuelle. C'était une femme courageuse et énergique, mais actuellement elle est très frappée de son état et surtout de son amaigrissement. Elle a en effet perdu 55 kilogrammes en dix-huit mois.

Le jour de son entrée, la malade est isolée et mise au régime lacté, on lui affirme qu'il est facile de se débarrasser de la morphinomanie, on lui cite de nombreux exemples de guérison ; elle montre assez de confiance dans nos paroles et promet de s'efforcer de ne plus penser à sa passion.

Nous faisons l'ouverture et le drainage d'un très volumineux abcès de la fesse déterminé par une récente injection de morphine.

Dès le jour de l'entrée, la morphine est supprimée radicalement et remplacée pour la première nuit par une potion contenant 7 centigrammes d'extrait thébaïque et 4 grammes d'hydrate de chloral.

La malade ne peut dormir de la nuit.

Le lendemain matin, 13 novembre, elle a des vomissements bilieux.

Le 14 novembre, elle se plaint de souffrir violemment de l'estomac et elle vomit. Dans la soirée on lui administre un lavement de chloral et de bromure qui lui procure un bon sommeil pendant toute la nuit.

15 novembre. — La malade se sent un peu mieux.

16 novembre. — On découvre un nouvel abcès de la fesse, qui, depuis plusieurs jours, entretient une température de 38°5. Cet abcès est ouvert.

17, 18 et 19 novembre. — La malade a des vomissements fréquents, des douleurs vives d'estomac, de l'insomnie, de l'agitation.

Le matin et le soir, on pratique la psychothérapie, nous encourageons la malade à la patience et elle espère un prochain soulagement.

21 novembre. — L'état général est déjà légèrement meilleur, les douleurs sont moins vives ; elle absorbe trois litres de lait sans vomir.

22 novembre. — Elle prend quatre litres de lait, ne vomit pas et souffre moins.

23 novembre. — La malade prétend sentir depuis quelques jours du côté droit de l'ombilic une petite tumeur sur laquelle elle attire l'attention.

Il existe, en effet, une tumeur dans la région du pylore, très nette et du volume d'une mandarine.

Un instant nous sommes troublés par cette constatation, nous nous demandons s'il n'existe pas un obstacle réel dans la région du pylore et s'il n'y aurait pas lieu d'intervenir chirurgicalement, avant d'attendre que la malade ne se cachectise. M. Déjerine pense qu'il s'agit simplement de spasme du pylore et est d'avis de continuer le traitement.

24 novembre. — La tumeur pylorique existe encore, mais est moins douloureuse à la pression.

25 novembre. — La contracture du pylore a disparu complètement.

Le sommeil est devenu bon, mais nous avons cru utile pour atténuer les effets de la suppression de la morphine de donner chaque soir un lavement de chloral et de bromure et un peu de sulfonal.

Afin de nous rendre compte du mode d'action du lavement, nous le remplaçons pendant quelques soirs par un lavement d'eau tiède et la malade continue à dormir parfaitement. Un soir nous le supprimons et la malade ne dort plus.

Il est évident que le lavement agissait, au moins en grande partie, par suggestion, aussi, peu à peu nous arrivons à le supprimer ainsi que le sulfonal, en expliquant à la malade qu'il lui est possible de s'en passer.

L'amélioration continue et, dans les premiers jours de décembre, on commence à remplacer le lait par des aliments solides.

En janvier, la malade paraît aller tout à fait bien, elle ne se plaint plus de son estomac, mange de bon appétit, mais elle engraisse peu.

Au début de février, elle attire l'attention sur un trouble dont elle n'avait jamais parlé ; chaque soir, pendant les premiers moments de son sommeil, elle a des régurgitations aqueuses qui l'incommodent.

Nous lui disons que, même pendant le sommeil, elle peut avoir de l'action sur ces troubles par la volonté et les faire disparaître.

Elle est un peu surprise de cette affirmation, nous lui prouvons que même pendant notre sommeil nous sommes capables d'actes volontaires, de nous réveiller à heure fixe, de changer de positions quand nous sommes mal à notre aise, etc.

Elle se rend à nos raisons et prend la résolution de lutter en s'endormant contre ses régurgitations et de ravalier au besoin le liquide jusqu'à ce qu'elle se soit débarrassée de cet ennui. Au bout de trois jours elle n'a plus de régurgitations.

En février, la malade se porte très bien, mange beaucoup et engraisse.

On lui donne la permission de faire quelques sorties

pour essayer ses forces, elle arrive à faire 10 kilomètres sans fatigue.

Elle quitte l'hôpital le 8 mars complètement guérie de sa morphinomanie et de ses accidents gastriques.

<i>Poids :</i>	13 novembre.		55 k.
	18 —		56 k.
	25 —		55 k.
	2 décembre.		54 k.
	10 —		55 k.
	17 —		55 k.
	23 —		54 k.
	30 —		55 k. 500
	6 janvier.		55 k. 500
	13 —		55 k. 500
	20 —		56 k. 500
	27 —		57 k. 500
	3 février.		58 k. 500
	11 —		59 k. 500
	17 —		60 k.
	24 —		61 k.
	3 mars.		61 k.

La malade revient nous voir le 19 mars, elle est toujours en excellente santé et doit prochainement reprendre une occupation.

Elle a augmenté de plus de douze livres depuis le commencement du traitement.

CONCLUSIONS

I. — Il existe des faux gastropathes, de même qu'il y a des faux urinaires, des faux génitaux, des faux cardiaques. Ces gastropathies, d'origine psychique, sont connues depuis longtemps, « mais il est en médecine des choses, qui trop volontiers oubliées ne sauraient être trop répétées » (1). Déjà Barras (2) en 1829 montrait l'influence prépondérante que jouaient les émotions morales dans la genèse des troubles gastriques et intestinaux. Dans ces manifestations digestives d'ordre psychique, il en est qui s'accompagnent de symptômes neurasthéniques ou hystériques très nets et dont on reconnaît facilement la nature fonctionnelle : d'autres au contraire présentent non seulement les symptômes subjectifs, mais encore certains symptômes objectifs d'affections gastriques classées. Dans ce dernier cas la nature purement fonctionnelle des troubles observés est sans doute plus difficile à démontrer, mais l'interrogatoire précis et consciencieux du malade finit en général par

1. MM. Déjerine et Gauckler. *Loc. cit.*

2. Barras. *Loc. cit.*

mettre sur la voie du diagnostic. Du reste, en dernier ressort, le traitement pourra servir de pierre de touche.

II. — Le traitement des gastropathies fonctionnelles ne peut et ne doit être que la psychothérapie par persuasion. Ces malades sont des psychiques, il leur faut donc un traitement psychique ; en matière de psychonévrose, bien plus encore qu'en médecine générale, si l'on veut faire une bonne thérapeutique, on doit traiter les malades et non les maladies. Le seul traitement psychique doit être la psychothérapie par persuasion, parce que les autres méthodes, par suggestion médicamenteuse, par suggestion à l'état d'hypnose ou à l'état de veille sont souvent inutiles, toujours insuffisantes et quelquefois dangereuses.

III. — La pratique de la psychothérapie demande de la part du médecin des qualités morales et intellectuelles spéciales. Il doit être patient et bon, aimer son art, être convaincu de l'efficacité de sa méthode. Il doit être bon observateur, pour pouvoir analyser un caractère, connaître les conditions de vie et le milieu social du malade qu'il traite. Cette expérience pratique de la vie et des hommes lui servira beaucoup plus que tout et il réussira mieux avec du bon sens, de la patience et de la bonté, qu'avec la science de toutes les théories psychologiques.

IV. — La psychothérapie est nécessaire à la cure des psychoses gastriques. mais elle doit être aidée par d'autres moyens. Ceux-ci par eux-mêmes n'ont

pas grande valeur thérapeutique, ils n'en prennent que par leur association avec la psychothérapie, dont ils facilitent l'application ; ce sont l'isolement, le repos et l'alimentation.

Vu par le Président de la thèse :

DEJERINE

Vu ; le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- BARRAS. — Traité sur les Gastralgies et les Entéralgies, ou Maladies nerveuses de l'Estomac et de l'Intestin, 1829.
- BROUSSAIS. — Examen des Doctrines médicales et des Systèmes de Nosologie, 1821.
- BERNHEIM. — Revue médicale de l'Est, 1881-1882. Hypnotisme, Suggestion, Psychothérapie. Doin, 1903.
- BLONDEL. — Psychonévroses et Psychothérapie. Revue de Paris, 1^{er} juin 1907.
- BROUARDEL et GILBERT. — Traité de Médecine, t. X.
- CAMUS et PAGNIEZ. — Isolement et Psychothérapie. Alcan, 1904.
- CELSE. — Lib. I, Lib. III.
- CHARCOT. — Progrès médical, 28 février 1885. Leçon recueillie par Gilles de la Tourette.
- Maladies du Système nerveux, t. III, 1887.
- DÉJÉRINE. — Traitement des Psychonévroses à l'Hôpital par l'Isolement. Revue neurologique, 1901, n° 1145.
- Sémiologie du Système nerveux. Traité de Pathologie générale Bouchard, t. VI.
- DÉJÉRINE et GAUCKLER. — Les faux Gastropathes. Presse médicale, 1906, n°s des 21, 26, 28 et 31 mars.

DÉJERINE et GAUCKLER. — Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales. Article Gastralgie de Leven.

ESQUIROL. — Des Maladies mentales considérées sous les Rapports médical, hygiénique et médico-légal, 1838.

DUBOIS (de Berne). — Les Psychonévroses et leur Traitement moral. Paris, 1905.

FAUVET. — Du traitement de la Neurasthénie par l'isolement. Thèse, 1897.

GRASSET. — Hypnotisme et suggestion. Paris, 1903.

HARTENBERG. — De l'élément psychique dans les maladies. Thèse Nancy, 1895.

HIPPOCRATE. — De morbis, lib. 2.

LASÈGUE. — Etudes médicales, t. I.

— La théorie du traitement moral est-elle possible. Ann. Médic. Psychol., 1846.

MONTO. — Traitement de l'hystérie par l'isolement, 1899.

MATHIEU et ROUX. — L'hystérie gastrique. Gaz. Hôp., 1906, nos 4 et 13.

— Neurasthénie et dyspepsie chez les jeunes gens. Gaz. Hôp., 1905, n° 142.

PAWLOW (de Saint Pétersbourg). — Etude sur le travail des glandes digestives. Die Arbeit der Verdaungsdrusen. Trad. Walther, 1898.

PROUST et BALLEZ. — L'hygiène du neurasthénique. Masson, 1900.

PRON. — Influence de l'estomac et du régime alimentaire sur l'état mental et les fonctions psychiques, 1901.

ROBIN. — Les maladies de l'estomac, 2^e édition, 1906.